Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

The Library of

Class S610.5

Book D44-w

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Straßburg, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSÇHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien; W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, A. GAPPISCH-Leipzig, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Prag, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÝB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SECHSUNDSECHZIGSTER BAND

1918

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 16 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 1 TAFEL

LEIPZIG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1918

Digitized by Google

ANTIQUARIUM VIADRI

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis"; ** bedeutet „Feuilleton".) Seite

Einiges von der Übertragbarkeit der Lepra, insbesondere ihrer makulo-anästhetischen Form. Von H. P. Lie 1
Adolf Havas †. Von J. H. Rille 15
Über den Nachweis des Bakterienkerns. Von Josef Schumacher 17, 38
Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und Harn. Von Hans Lipp 26
Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luetischer Basis. Von P. Wichmann . . 33
Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung. Von Victor L. Neumayer 49, 71, 82
Die Herdinfektion in ihrem Zusammenhang mit gewissen Hautkrankheiten. Von M. L. Ravitch 58
Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis. Von Muijs . 65
Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie. Von Galewsky 79
Syphilis 16 Jahre nach der Infektion auf den Fötus übertragen. Von M. Brun Pedersen 81
Über Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege. Von Franz v. Veress . . . 97
Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica. Von Alfred Perutz 102
*Kalihypermangan-Behandlung der Bartflechte. Von Richter 105
Über Novasurol. Von C. Gutmann 113
Untersuchungen über Sitz der genitalen Geschwüre beim Manne. Von Hugo Hecht 129
*Erfahrungen mit der Granugenpasta. Von Paul Jacob 137
Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie. Von Galewsky 145
Leo Leistikow †. Von E. Delbanco 153
Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen Von Ernst Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348
Die Behandlung der Syphilis mit Novasurol. Von Wilhelm Eitel 164
Ein Beitrag zur Darierschen Erkrankung. Von Oskar Salomon 177
Zu Blochs Dopareaktion. Von C. Kreibich 193
Über die Bildung der Harn- und Gallensteine. Von L. Lichtwitz 209
*Über die Blasenschwäche der Frauen. Von Siegfried Samson 213
Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie. Von C. Bruhns 225
Zur Behandlung der Blasenschwäche und der Enuresis nocturna. Von W. Schrader 230
Sycosis parasitaria durch ein neues Mikrosporon vom Tiertyp (M. xanthodes). Von W. Fischer 241
Hautkrankheiten bei farbigen Rassen. Von Gustav Heim 257, 302
Zur Zunahme der Hautpilzerkrankungen beim Menschen und Vieh. Von C. Mense 282
Zur Bekämpfung der Bartflechten. Von Caesar Philip 283
Prognose und moderne Behandlung der kongenitalen Syphilis. Von Fred Wise . 289
Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica. Von J. Fabry . . 321
Zur Trichophytiefrage. Von P. Unna jr. 335
Über ein Granuloma pediculatum luposum. Von Emil Zurhelle 345
Über Exanthema folliculare acneiforme. Von Sprinz 347
Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis (Kaufmann-Wolf). Von Curt v. Graffenried 361
Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda, und weitere Erfahrungen über Leukogen. Von Heinrich Loeb 377, 398
Über die Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung mit subskrotalen Injektionen. Von Ignatz Saudek 384

285117
Digitized by Google

Seite
Ein Beitrag zur Diathermiebehandlung der Gonorrhoe. Von Antoni 393
J. Doutrelepont †. Von Joh. Fabry 404
Wassermannsche Reaktion im Serum des Primäraffektes. Von Eicke 409
*Zur Behandlung der Bartflechte. Von Richter 413
**Syphilisbehandlung oder Menschenbehandlung? Von Ludwig Merk 413
Über die provokatorische Wirkung der Joddämpfe als Kriterium der Gonorrhoeheilung und ihre Verwertung bei der Demobilisierung. Von J. Odstrčil 425
Zur Therapie der Sycosis parasitaria. Von Nourney 431

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 218
Außerordentliche Kriegstagung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mit Beteiligung der Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 338

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes 139
Archiv für Dermatologie und Syphilis 138
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 285
Dermatologische Zeitschrift 122
Dermatologisches Zentralblatt 139

Personalien: 16. 32. 64. 96. 128. 144. 160. 176. 192. 208. 224. 240. 256. 320. 334. 360.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Januar 1918 | Nr. 1 | Band 66

Einiges von der Übertragbarkeit der Lepra, insbesondere ihrer makulo-anästhetischen Form[1]).

Von

H. P. Lie in Bergen.

Es liegt selbstverständlich nicht in meiner Absicht, hier alle Seiten der Frage betreffs der Übertragbarkeit der Lepra in Erwägung zu ziehen, doch aber mag es, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der in dieser Beziehung in Norwegen waltenden Verhältnisse, diese Versammlung vielleicht interessieren, einige Punkte der Frage näher ins Auge zu fassen.

Nicht ganz selten kann man in Gesprächen zwischen Kollegen die Frage aufwerfen hören: „Sollte es wirklich so sicher sein, daß Lepra ansteckend ist?“ Und in offiziellen ärztlichen Berichten kann man Auffassungen vertreten finden, die einen starken Zweifel an die Unfehlbarkeit dieses Satzes von der Übertragbarkeit der Lepra durchfühlen lassen. Ich sehe davon ab, daß es mir in meiner langen Praxis unter den Leprösen nicht möglich gewesen ist, einen einzigen Patienten zu finden, der eine Ansteckung durch Lepra zugegeben hätte; es findet dies seinen psychologischen und leicht erklärbaren Grund in dem Umstand, daß die Leprösen die unumgänglichen Folgerungen der Ansteckungstheorie, Isolation und Beschränkung der persönlichen Freiheit, nicht anerkennen wollen. Wenn aber auch Ärzte derselben Auffassung huldigen zu wollen scheinen, glaube ich die wesentliche Ursache darin suchen zu müssen, daß diese Ärzte sich nicht näher mit der Frage beschäftigt und die vorliegenden Tatsachen nicht sorgfältig genug erwogen haben. Sie halten sich mehr an die negative Seite der Sache, daran, daß viele, obwohl der Ansteckungsgefahr längere Zeit hindurch ausgesetzt, nicht angesteckt werden, und vergessen dabei, daß auch nur ein einziger unzweifelhaft positiver Ansteckungsfall alle negativen Fälle aufwiegt.

Früher konnte man oft hören, daß eine Übertragung der Lepra zwischen Eheleuten, trotz des langen und intimen gemeinsamen Lebens, nicht stattfände. Dem ist aber nicht so. Es liegen mit Bezug hierauf

[1]) Vortrag am Kongreß des Nordischen Dermatologischen Vereins in Kristiania, Juni 1916.

Digitized by Google

2 Statistiken aus Norwegen vor, die eine von dem soeben verstorbenen Dr. SAND, der sich um die statistische Bearbeitung der Lepra im nördlichen Norwegen besonders verdient gemacht hat, die andere über den südlichen Teil des Landes von meiner Hand.

Dr. SAND fand, daß von 512 leprösen Ehen in 17 Fällen oder 3,32% beide Eheleute leprös waren, und meinen Befunden nach waren unter 598 leprösen Ehen beide Eheleute leprös in 31 Fällen oder 5,2%. Meine späteren Untersuchungen haben noch etwas höhere Zahlen ergeben, so daß die erwähnte Prozentzahl meines Erachtens eher auf 6 als auf 5 zu setzen wäre. Gewiß, wenn es sich wie hier um eine ansteckende Krankheit handelt, ist dies keine eigentlich imponierende Ziffer, aber man bedenke doch in dieser Verbindung, wie schwierig es mit Bezug auf die Tuberkulose war, die Ansteckung von der einen Ehehälfte auf die andere nachzuweisen. Wenn ich mich nicht sehr irre, ist die entsprechende Zahl dieser Krankheit etwa 3%, also noch niedriger als bei der Lepra. Auf eine in Betracht zu ziehende Ursache dieses Verhältnisses werde ich später noch zurückkommen.

Aus verschiedenen, auch europäischen Ländern liegen eine Reihe von Krankengeschichten vor, denen man entnehmen kann, wie Leute aus leprafreien Gegenden und leprafreien Familien entstammend, andernorts zufällig mit Leprösen zusammen wohnten; sie sind dann später, oft erst nachdem sie scheinbar gesund zu ihren früheren Wohnstätten zurückgekehrt waren, von der Lepra befallen worden und sind zu Ausgangspunkten neuer Leraherde in den früher leprafreien Gegenden geworden. Insonderheit hat in dieser Beziehung der allzufrüh verstorbene hervorragende Dermatologe und Lepraforscher Dr. GLÜCK in Serajewo eine Reihe überaus lehrreicher Fälle gesammelt. Bei uns in Norwegen war die Lepra früher so allgemein verbreitet, daß es schwierig war, den Ansteckungswegen zu folgen. Die leprösen Familien standen oft in so mannigfaltigen verwandtschaftlichen Beziehungen zueinander, waren so stark ineinander eingeheiratet, daß die Erblichkeitstheorie, insbesondere nachdem man einem Begriff wie erbliche Belastung der Seitenlinien Raum gegeben hatte, in vielen Fällen an Wahrscheinlichkeit gewann. Mit dem Abnehmen der Lepra haben sich auch die Ansteckungswege deutlicher erkennen lassen, und klar und unzweifelhaft lassen sich die Linien verfolgen, die in einer Reihe von Leprafällen den Zusammenhang dartun. Ich möchte hierfür einige Beispiele anführen, nicht etwa, weil sie eigentlich etwas Neues besagen, sondern weil ihnen mit großer Deutlichkeit zu entnehmen ist, daß mit Bezug auf die Ausbreitung der Lepra bei uns dieselben Gesetze walten wie in anderen Ländern. Ich fange oben im **Norden an:**

Digitized by Google

I. Ums Jahr 1904 zeigte es sich, daß eine fast 70 Jahre alte Häuslerfrau K. J. in Alten an Lepra litt. Ihrer Angabe nach wußte sie von keinen Leprafällen in ihrer Familie in Finnland, von wo aus sie in ihrer Jugend nach Finnmarken eingewandert war. Auch später ist es nicht möglich gewesen, diesen Fall bis zu ihrem Heimatland zurückzuverfolgen. In der Familie des Mannes, die man mehrere Generationen hindurch kannte, waren keinerlei Leprafälle festzustellen. Man schwebte daher mit Bezug auf das Entstehen dieses Falles lange im Dunkeln. Später erfuhr man, daß eine andere finnische Frau, M. M., eine Zeitlang bei dem Schwiegervater der K. J. gewohnt und die K. J. während einer längeren Krankheit gepflegt habe; dies war etwa 1875. M. M. soll schon damals Geschwüre an den Beinen gehabt haben, und es wurde kurz nachher Knotenlepra bei ihr festgestellt. K. J. brachte mehrere Jahre ihrer Krankheit zu Hause zu, starb aber 1910 in Reitgjärdet. Im Winter 1911 entdeckte ihr drittes Kind, der Häusler J. J., geboren 1865, einen leprösen Fleck am Abdomen. Jetzt bietet seine Krankheit unter zunehmender Verschlimmerung das Bild einer knotigen Lepra mit ausgedehnten diffusen Infiltraten. Ein jüngerer Bruder von ihm wanderte 1899 nach Amerika aus. 1912 schrieb er, er wolle nach Hause kommen, da er von Lepra befallen sei; er starb jedoch kurz darauf in Amerika an Pneumonie.

II. Im Jahre 1912 entdeckte man, daß eine fast 70 Jahre alte Häuslerfrau, N. T. in Steigen an Lepra litt. Soweit ihr erinnerlich, war in ihrer Familie niemals Lepra aufgetreten. 1874 hatte sie einen Mann geheiratet, der sich als leprös erwies — wahrscheinlich handelte es sich um die makulo-anästhetische Form der Krankheit. Sie pflegte ihn bis zu seinem Tode 1890. Nach Verlauf mehrerer Jahre verheiratete sie sich von neuem. Im Winter 1911/1912 spürte sie zum erstenmal kleine Knoten in der Stirn; sie behauptet niemals einen anderen Leprakranken als ihren ersten Mann gesehen zu haben.

III. Ein etwa 50jähriger Mann, K. S. in Leka, litt, wie sich 1914 herausstellte, an ziemlich vorgeschrittener Lepra. Er stellte jeglichen Verkehr mit Leprösen in Abrede; doch erkundete man später, daß er in seiner Jugend viel mit einem jungen Mann zusammen gewesen und längere Zeit mit ihm zusammen gearbeitet habe, der kurz darauf als an Lepra leidend ins Lepraasyl gebracht wurde.

IV. Auf dem Gehöft B. der Halbinsel Frosta war eines Sommers Ende der 70er Jahre ein Hirt J. B. beschäftigt, bei dem später Lepra festgestellt wurde und der mit der Krankheit schon während seines Aufenthaltes auf B. behaftet gewesen sein muß. Der älteste Sohn des Hauses, Anton B., damals etwa achtjährig, war in jenem Sommer viel mit J. H. zusammen gewesen. Anfang der 90er Jahre bemerkte Anton B. lepröse Knoten an den Beinen. In seiner Familie sind vor der Zeit, wo Anton B. 1898 im Lepraasyl aufgenommen wurde, keine Leprafälle nachzuweisen. Einige Jahre später machten sich auch bei Antons Schwester, Martha B., Lepraanzeichen bemerkbar, aber sie wurde erst viele Jahre später, nämlich 1915, als leprös angemeldet.

V. Am 19. VII. 1898 wurde in der Pflegeanstalt Nr. 1 der 24jährige Sohn eines Landmanns, S. S., aus Jölster als an Knotenlepra leidend aufgenommen; Spuren der Krankheit hat er der Aussage gemäß zum erstenmal 1891 bemerkt. Etwas später in diesem Jahre kam hierher auch sein zwei Jahre jüngerer Bruder, der erst 1894 seine Krankheit, Knotenlepra, entdeckt hatte, und schließlich wurde am 12 XII. 1902 noch ein dritter Bruder, der 38jährige Johs. B., als an einer etwa 1895 begonnenen Knotenlepra leidend, aufgenommen. Diese Brüder meinten, von keinen Leprafällen in ihrer Familie zu wissen, jedenfalls hätten ihre Eltern niemals Zeichen dieser Krankheit erkennen lassen. Ausgeschlossen sei es jedoch nicht, daß ein Onkel väterlicherseits leprös gewesen ist, wie auch vielleicht vor längerer Zeit ein anderer solcher Fall in der Familie

Digitized by Google

aufgetreten sein könne. Größeres Interesse hat es, daß ums Jahr 1880 ein leproser Knecht auf dem Gehöft gedient haben soll.

Die beiden letzterwähnten leprösen Brüder hielten sich eine Zeitlang bei einer älteren Schwester auf, die etwa eine Meile vom väterlichen Gut entfernt verheiratet war. Die Lepra war damals schon bei den Brüdern zum Ausbruch gekommen. Die Schwester hatte damals kleine Kinder, deren älteste die Brüder L. G. und J. G. waren. Ums Jahr 1907 meldeten sich bei diesen beiden, bzw. 1886 und 1889 geborenen Brüdern Anzeichen der Lepra, aber erst 1913 wurden sie in die Pflegeanstalt Nr. 1 gebracht, da die Krankheit erst im Jahre zuvor erkannt worden war. 2 Jahre später starben diese beiden Brüder an einer rapid verlaufenden Phthisis. Bei ihren Eltern oder Geschwistern sind bisher keine Anzeichen der Lepra bemerkt worden.

VI. Am 13. III. wurde in der Pflegeanstalt Nr. 1 ein Dienstmädchen J. L., 31 Jahre alt, aus Sulen als an Knotenlepra leidend aufgenommen. Ein Bruder ihrer Großmutter väterlicherseits war in einem Pflegeheim in Bergen lange vor ihrer Geburt an Lepra gestorben. Von 1902—1904 diente sie auf einem Hof, wo die Frau an weit vorgeschrittener Knotenlepra litt. J. L. wusch unter anderem auch die Wäsche der Kranken, die keineswegs den ihr gegebenen Weisungen mit Bezug auf die im Hause zu beobachtende Vorsicht nachkam.

VII. Am 17. IV. 1914 kam in die Pflegeanstalt Nr. 1 eine 82jährige Altsitzerfrau, M. S., aus Fane, die an Knotenlepra litt. Wie lange die Krankheit bestanden hatte, war unmöglich zu erkunden, doch aber sicher 7—8 Jahre. Auch war es nicht möglich Lepra in ihrer Familie nachzuweisen; dagegen stand außer Zweifel, daß auf dem Nachbarhofe ein lepröses Mädchen gelebt hatte, das etwa 30 Jahre vor der Aufnahme der M. S. in der Pflegeanstalt gestorben war.

VIII. 1916 zeigte es sich, daß der 1866 in Daviken geborene Bauer E. L. an makulo-anästhetischer Lepra litt, die ihren Anfang im Jahre vorher genommen hatte. Zwei Söhne seines Bruders, die in der Nähe wohnten, waren vor vielen Jahren, der letzte im Jahre 1900, an Lepra gestorben.

IX. Bei einem 40jährigen Seemann, A. S., aus Kinn zeigte es sich 1916, daß er an Knotenlepra litt. In seiner Familie waren keine Leprafälle nachzuweisen, doch hatte er mehrere Jahre lang mit seinem leprösen Stiefvater zusammen gelebt, der 1907 in der Pflegeanstalt Nr. 1 aufgenommen wurde, nachdem er, ohne daß es bemerkt worden war, viele Jahre lang an dieser Krankheit gelitten hatte[1]).

X. Am 30. III. 1909 wurde in der Pflegeanstalt Nr. 1 eine 47jährige Bauernfrau, K. B., aus Herlö aufgenommen, die an sehr weit vorgeschrittener ulzerierender Knotenlepra mit ausgesprochenen Affektionen unter anderem des Haarbodens, der Handflächen und Fußsohlen litt; ihre Krankheit hatte wenigstens zwölf Jahre lang bestanden. Die Patientin gehörte einer stark mit Lepra belasteten Familie an; in der Familie des Mannes war niemals Lepra aufgetreten. 1910 stellte es sich heraus, daß der Bruder des Mannes, Karl B., an Knotenlepra litt und zwei Jahre darauf bemerkte man im Gesicht der ältesten 15jährigen Tochter des Karl B., Hansine B., lepröse Knoten. Endlich zeigte

[1]) Der Patient wurde vorgestellt, und gleichzeitig wurden mikroskopische Präparate des Nasenschleims mit zahlreichen Leprabazillen in kleinen Globi vorgezeigt. Typischer Fall von Knotenlepra.

Digitized by Google

es sich 1914, daß auch K. B.s Mann, Nils B., an Knotenlepra litt, was er 4—5 Jahre lang verstanden hatte zu verbergen.

Diese hier wiedergegebenen Krankengeschichten sind nur Beispiele, die mir aber doch vielsagend zu sein dünken. Bei einer ganzen Menge der Fälle hat man in den Familienverhältnissen den sehr erklärlichen Ansteckungsweg. Eltern, Geschwister oder andere nahe Verwandte der Angegriffenen stellen die einzelnen Glieder der Ansteckungsreihe dar. Aber oft stutzt man angesichts der auffallend langen Zeitspanne, die zwischen der Infektion und dem Nachweis der Krankheit bei dem Infizierten liegt, denn hier kommen nicht nur Jahre, sondern Jahrzehnte in Betracht. Dies ist sicherlich auch teilweise der Grund dafür, daß es in einzelnen neuen Fällen nicht gelungen ist, eine bestimmte Ansteckungsquelle ausfindig zu machen, wie es z. B. der Fall bei einer Frau, einer geborenen Schwedin ist, die seit einigen Jahren von Lepra befallen ist. Aber es ist nicht nur diese lange Latenz- oder, ob man will, Inkubationszeit, die Schwierigkeiten bereitet, sondern auch der Umstand, daß die ersten Symptome oft so unscheinbar und unbestimmt zutage treten, daß sie keinerlei Aufmerksamkeit, nicht einmal die des Kranken, auf sich lenken oder daß sie, was auch nicht zu den Seltenheiten gehört, mit denen anderer Krankheiten, die sie simulieren, verwechselt werden. In dieser Beziehung sei ein Beispiel aus jüngster Zeit angeführt. Im Frühjahr 1915 wurde der betreffende Patient wegen eines regelrechten Rheumatismus articulorum acutus behandelt. Der zuständige Arzt hatte mehrere Fälle frühzeitiger Lepra sowohl gesehen wie auch diagnostiziert, aber sein Verdacht wurde erst dann wach, als er hörte, der Patient gehöre einer leprösen Familie an, und als er im April dieses Jahres einen leichten anästhetischen Fleck an der einen Wade entdeckte. Jetzt — nach einem Jahre — lassen sich nun, wenn auch mit einiger Schwierigkeit, Spuren unzweifelhaft lepröser Flecke an beiden Ellenbogen und beiden Knien, den Gelenken, auf die sich auch die Symptome des Rheumatismus beschränkt hatten, nachweisen. — Hierzu kommt dann noch, daß die Leprösen in vielen Fällen ihre Verbindungen mit anderen Leprösen verheimlichen, direkte Fragen nach einem Verkehr mit diesem oder jenem Leprösen verneinen oder zu umgehen versuchen. Dies geht in einzelnen Fällen so weit, daß man versucht sein könnte zu sagen, omnis leprosus mendax, aber doch wird kein menschlich Blickender deshalb den Stab über diese Menschen brechen wollen.

Ich kann hier nicht auf alle die Beispiele unzweifelhafter Ansteckungsfälle eingehen, die aus anderen Ländern und früheren Zeiten berichtet sind, doch kann ich nicht umhin, einige Mitteilungen über das Auftreten der Lepra auf Island, die sich im „Läknarblatit" vom Februar

Digitized by Google

1915 in einem Artikel von THORODDSEN finden, zu erwähnen. Insonderheit wird hier die Frage behandelt, welche Rolle die alte Sitte, die armen Leprösen in „Lägd" gehen zu lassen, mit Bezug auf die Verbreitung der Lepra spielte. Ich sehe diese Weise der Armenfürsorge als eine allgemein bekannte an. THORODDSEN hat in einem bestimmten Bezirk 36 solcher Leprösen von 1843—1882, d. h. 40 Jahre lang, genau im Auge behalten können. Von den Leuten der Gehöfte, wo sich diese Leprösen kürzere oder längere Zeit hindurch aufgehalten hatten, wurden nicht weniger denn 10,04% leprös, während der Prozentsatz der Leprafälle unter den Leuten von Gehöften desselben Bezirks, wo sich keiner dieser Leprösen befunden hatte, nur 1,52% betrug. Diese Tatsache gewinnt für uns die größte Bedeutung, wenn wir zu einem Verständnis der Lepraverbreitung in Norwegen zu jener Zeit gelangen wollen. Denn die Verhältnisse betreffs der Armenfürsorge lagen hier ganz ähnlich wie die soeben geschilderten Zustände auf Island, und die Akme der Lepra fällt bekanntlich in Norwegen gerade in die hier genannte Zeit. Später verschwand dann nach und nach das Lägdwesen und hat jetzt ganz aufgehört. Wie Ihnen bekannt ist, sieht es das erste, die Ansteckungsgefahr der Lepra berücksichtigende Gesetz in Norwegen, „Spedalskeloven von 1877", gerade auf diesen Punkt ab, indem es kategorisch verbietet, die Leprösen in „Lägd" gehen zu lassen. Ich habe in der vorliegenden Literatur keine wissenschaftliche Würdigung der Frage gerade dieses Gesetzes vor Augen angetroffen; aber sicher ist es, daß es als eine logische Schlußfolgerung des von ARMAUER HANSEN gelieferten Nachweises von den bei uns herrschenden Ansteckungsverhältnissen entstand und ein Zeugnis dafür ist, wie der geniale Blick dieses Mannes das Wesentliche der Frage betreffs der Bekämpfung der Lepra erfaßte. Stellten aber diese leprösen Pfleglinge eine so große Gefahr für die Ausbreitung der Krankheit in einer Familie dar, so muß dasselbe, wenn nicht in noch höherem Maße, dem leprösen Mitglied einer Familie gelten. Die Berechtigung und Notwendigkeit der Isolation, um eine Übertragung der Krankheit zu verhindern, ist hiermit dargetan, wenn sich auch die Wege des Ansteckungsstoffes vom einen zum anderen Individuum oft gar nicht verfolgen lassen.

Über die Art und Weise, wie die Übertragung der Krankheit vor sich geht, scheinen wir Norweger geteilter Ansicht zu sein. Dr. SAND spricht in seiner Hauptabhandlung hierüber aus, daß man sich nicht des Eindruckes erwehren könne, „daß Lepra in der Regel nicht durch unmittelbaren Verkehr von Individuum zu Individuum übertragen wird, sondern daß höchstwahrscheinlich andere Faktoren mitwirken und daß der Ansteckungsstoff außerhalb des menschlichen Körpers ein Entwicklungsstadium durchmacht, bevor er die Krankheit auf ein gesundes

Digitized by Google

Individuum zu übertragen vermag[1]). Den Arbeiten Professor Boecks über diesen Gegenstand glaube ich entnehmen zu können, daß er geneigt ist, sich zu der Auffassung Sands zu bekennen, da er besonderes Gewicht auf die Ausscheidung der Leprabazillen durch die Exkremente legt.

Sand beruft sich mit Bezug auf seine Anschauung auf den Umstand, daß die Krankheit so selten von der einen Ehehälfte auf die andere übertragen werde, sowie daß die Krankheit seiner Statistik zufolge in etwa der Hälfte aller Fälle gerade in dem Alter — nämlich zwischen dem 20. und 40. Jahre — zum Ausbruch komme, wo die meisten Ehen gestiftet werden, und schließlich nennt er als einen Beleg die Pflegeanstalt für Lepröse zu Reitgjärdet, wo er von 1874 bis 1914 als Arzt tätig war und wo kein einziger Ansteckungsfall der Krankheit unter der Bedienung oder den Umgebungen des Krankenhauses vorgekommen sei. Zudem meint Sand auch noch eine Stütze für seine Auffassung in dem Verhalten zu finden, wie es hinsichtlich infizierter Kinder in leprösen Familien herrscht, worauf ich später noch zurückkommen werde.

Aus mehreren Gründen habe ich mich nach recht eingehenden Untersuchungen nicht der Auffassung Dr. Sands anschließen können. Es sind unzweifelhafte Fälle von Lepraübertragung auf die Hospitalbedienung bekannt; ich erwähne hier Pater Damien und unseren schottischen Kollegen Dr. Turner, der mehreren der hier anwesenden Herren von der Leprakonferenz in Bergen 1909 bekannt sein wird. Die ersten Symptome der Lepra fanden sich bei dem letzteren 1910 ein und soweit mir erinnerlich, starb er 1914. Ferner habe ich selbst die Photographie einer französischen Krankenpflegerin gesehen, die in einem Krankenhaus in den Tropen angesteckt wurde, und hier im Lande sind mir aus den 60er Jahren zwei ziemlich sichere Fälle von Lepraübertragung auf die Hospitalbedienung bekannt, nämlich von der „Pleiestiftelsen for spedalske nr. 1" in Bergen.

Ich habe mit Bezug auf die Ansteckung schon oben das Verhältnis lepröser Eheleute zueinander berührt und möchte noch hinzufügen, daß ich mich hier in einem gewissen Widerstreit zu Dr. Sand befinde, da ich auf Grund einer Statistik — auf die ich wegen der knapp bemessenen Zeit hier nicht näher eingehen kann — gefunden habe, daß ungefähr die Hälfte aller Leprösen vor ihrem 15. oder doch vor ihrem 20. Jahre infiziert wird; dies steht auch in gutem Einklang mit der alten Erfahrung, daß das Pubertätsalter für die Kinder lepröser Eltern ein gefährliches Alter ist[2]). Trifft dies zu, ist es nicht mehr so

[1]) Sand, Geschieht die Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Übertragung? II. Internationale Leprakonferenz, Bergen 1909. Mitteilungen und Verhandlungen, Bd. 3. — [2]) Lie, Statistisches über Lepra im Arch. f. Derm., Bd. 110, 1911. (Boecks Festschrift.)

Digitized by Google

auffallend, daß die Krankheit so selten von der einen Ehehälfte auf die andere, viel seltener als von leprösen Eltern auf ihre Kinder übertragen wird, im Gegenteil: es entspricht dies ja auch vollkommen der modernen Auffassung von der Ansteckungsgefahr bei einer der Lepra so nahestehenden Krankheit wie der Tuberkulose.

Ich wende mich nunmehr der Ansteckungsgefahr zu, wie sie zwischen leprösen Eltern und ihren Kindern besteht. Der Befund Dr. SANDs bei 512 Ehen war folgender:

Litt der Vater	an	Lepra	gab	es	4,9 %	lepröse	Kinder
Litt die Mutter	„	„	„	„	10,5 %	„	„
Litten beide Eltern	„	„	„	„	12,7 %	„	„

Ich habe bei 481 Ehen folgendes festgestellt:

Litt der Vater	an	Lepra	gab	es	10,27 %	lepröse	Kinder
Litt die Mutter	„	„	„	„	16,39 %	„	„
Litten beide Eltern	„	„	„	„	39,19 %	„	„

Es sei bemerkt, daß diese Werte aus einer Vergleichsanstellung zwischen leprösen Kindern mit sämtlichen Kindern der Familien, wo eins der Eltern oder beide Eltern von Lepra befallen waren, hervorgegangen sind. In der Mehrheit lepröser Ehen werden nur gesunde, d. h. nicht lepröse Kinder geboren.

Wie hieraus zu ersehen, ist die große Hauptlinie beider Statistiken die nämliche, nur daß meine Zahlen höher sind; die Linie ist, wenn man will, in einen höheren Plan mit erheblich größerem Ansteckungsprozentsatz gerückt. Worin der Grund dieses letzteren Umstandes stecken mag, ist nicht ganz leicht zu entscheiden, doch mag es daran liegen, daß meine Statistik einem Landesteil entstammt, wo die Lepra stets am meisten verbreitet gewesen ist. Betrachtet man nun die Statistik genauer, so glaube ich, daß man — wenn man aus derselben eine Schlußfolgerung ziehen will — nicht umhin kann, zu dem Ergebnis zu kommen, daß die Ansteckungsgefahr für die Kinder eine um so größere wird, je intimer der Verkehr mit ihren leprösen Eltern ist oder, um sich wie Dr. SAND auszudrücken, daß die Gefahr einer Übertragung der Krankheit von Individuum zu Individuum eben in „dem unmittelbaren Verkehr" zu liegen scheint, — es wäre dies mithin das Umgekehrte von Dr. SANDs Folgerungen.

Es erübrigt sich noch, die Ansteckungsgefahr der makulo-anästhetischen Lepra näher ins Auge zu fassen. Ich möchte Sie bitten, Ihre Aufmerksamkeit ganz besonders dieser Form der Krankheit zuzuwenden, denn hier türmen sich die größten praktischen Schwierigkeiten auf, wenn man den prinzipiellen Forderungen des Lepragesetzes mit Bezug auf die

Digitized by Google

allgemeine Sicherheit in hygienischer Beziehung gerecht werden und gleichzeitig die möglichsten Rücksichten auf die unglücklichen Kranken nehmen will. Der wirklich an Knotenlepra leidende Kranke ist — mehr oder weniger — stets eine Gefahr für seine Umgebung, der durchweg makulo-anästhetische Lepröse braucht dies nicht zu sein, doch ist er es in der weitaus größten Anzahl der Fälle, wenn auch im großen ganzen in geringerem Maße als knotig Lepröse. Aber ich möchte schon jetzt hervorheben, daß die einzelnen Individuen dieser großen Gruppe sowohl in klinischer wie hygienischer Beziehung außerordentlich große Verschiedenheiten darbieten, was ich Ihnen, wie ich hoffe, nachher ad oculos vorführen kann[1]). Mit Bezug auf die Ansteckungsgefahr muß das Vorhandensein der Bazillen, ihre Menge und ihre Ausscheidung aus dem Organismus des Kranken berücksichtigt werden. Dem biologischen Verhalten der Bazillen können wir leider zurzeit noch gar keine Beachtung schenken, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil wir noch jeglichen Mittels ermangeln, dies Verhalten einigermaßen zuverlässig beurteilen zu können.

Wie allgemein bekannt sein wird, gelang es erst mehrere Jahre nach der Entdeckung des Leprabazillus, denselben bei der makulo-anästhetischen Form nachzuweisen. Dr. Arning fand ihn 1884 zum erstenmal auf Honolulu in einigen großen Nervenstämmen. Aber es dauerte noch weitere 6 Jahre, ehe Dr. Looft in Bergen ihn 1890 in typisch leprösen Flecken nachweisen konnte. Es wird hieraus zu ersehen sein, daß ein solcher Nachweis mit Schwierigkeiten, teilweise sogar mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden ist. Hier ist auch der Grund dafür zu suchen, daß ein so eminenter Untersucher wie Unna den Begriff Lepriden aufgestellt hat, deren Hauptcharakteristik ihr rein nervöser, eigentlich nervös vasomotorischer Ursprung ohne irgendwelche an Ort und Stelle vorhandenen Leprabazillen war, im Gegensatz zu den Lepromen, die von den an Ort und Stelle vorhandenen Leprabazillen herrührten. Ich kann mich hier nicht auf Einzelheiten einlassen, sondern muß mich darauf beschränken — ganz gegenteilig von Unna — geltend zu machen, daß alle Lepriden Unnas von den an Ort und Stelle vorhandenen Leprabazillen herrühren. Diese meine Annahme stützt sich auf eine Reihe anhaltender, durch die letzten Jahre sich erstreckender Untersuchungen, die auch von anderer Seite bestätigt worden sind. Wenn es in einer sehr verschwindenden Anzahl meiner Untersuchungen nicht geglückt ist, die Bazillen nachzuweisen, ist dies sicherlich nur einem Mangel an Ausdauer bei den Untersuchungen oder einem Mangel an günstigem Untersuchungsmaterial

[1]) Nach dem Vortrage wurde eine Reihe Lepröser mit makulo-anästhetischer Lepra vorgeführt. (Vgl. die Krankengeschichten.)

Digitized by Google

zuzuschreiben. Auch UNNA hat im Laufe der Jahre seine ursprüngliche Anschauung etwas modifizieren müssen, wie dies zum Ausdruck kommt in den von ihm aufgestellten Begriffen der „embolisierten und nicht embolisierten Lepriden“[1]).

Die Bazillenmenge kann eine sehr verschiedene sein. Ist der Fleck sehr alt und ist es schwierig, ihn klinisch nachzuweisen, so ist auch ein Nachweis der Bazillen, da sie dann nur in sehr geringer Menge vorhanden sind, schwierig. Dasselbe kann auch bei Flecken zutreffen, deren Ränder deutlich sind, deren Mitte aber verblaßt ist; an der letzteren Stelle kann es sehr wenige der Bazillen geben, ja, vielleicht sind sie dort ganz verschwunden, während in der reaktiven Randzone stets Bazillen zu finden sind; und hier an dieser Stelle sind die charakteristischen Merkmale der Lepriden am deutlichsten und schönsten ausgesprochen. Es besteht nämlich auch histologisch ein erheblicher Unterschied zwischen einem typischen Lepraknoten und einem typischen Leprafleck. Der Knoten bietet die unheimlich große Menge der Leprabazillen und die im Verhältnis zur Anzahl Bazillen sehr geringfügig ausgesprochene Reaktion seitens des Gewebes, ein Umstand, der es an einzelnen Stellen erschweren kann, die Zellen vor der Menge der Bazillen zu entdecken. Beim Fleck beobachten wir das umgekehrte Verhalten, denn es kann, wie schon gesagt, sehr schwierig sein, die äußerst wenigen Bazillen unter den zahlreichen Zellen des eine Reihe Reaktionsphänomene zeigenden Gewebes zu finden. Da die Zeit mir nicht erlaubt, mich auf Einzelheiten einzulassen, möchte ich Ihre Aufmerksamkeit nur auf einen bestimmten Umstand lenken, der mit Bezug auf die vorliegende Ansteckungsfrage von ganz besonderer Bedeutung ist.

Der lepröse Knoten kann in sehr verschiedener Tiefe, und zwar subkutan oder unmittelbar unter der Epidermis sitzen. Wie oberflächlich aber auch sein Sitz sein mag, so macht sich die Eigentümlichkeit bemerkbar, daß sich zwischen der Epidermis und der leprösen Infiltration eine schmale Gewebszone ohne jegliche Zeichen einer pathologischen Affektion befindet, wenn man davon absieht, daß die untere Begrenzung der Epidermis eine mehr normal gerade, gleichmäßige Linie bildet. Dies letztere beruht auf der rein mechanischen Wirkung, daß durch die lepröse Infiltration eine Streckung der Epidermis stattfindet. Die Betrachtung eines

[1]) Anmerkung des Herausgebers: Der Verfasser bezieht sich hier offenbar auf meine ältesten Arbeiten über Lepra und meine Histopathologie der Haut. Ihm ist aber entgangen, daß ich in meinem Histologischen Atlas zur Pathologie der Haut (Hamburg und Leipzig, Leop. Voss) 1910, H. 9, S. 290 und Fig. 317 auf Grund der neuen Viktoriablau-Safranin-Methode in den anscheinend bazillenlosen Lepriden selbst später das Vorhandensein abgestorbener Bazillen nachgewiesen habe. U.

Digitized by Google

solchen Lepraknotens im Mikroskop zeigt uns die besagte Zone als einen durchaus normalen Streifen unter der glatten Epidermis, was sofort den Eindruck hervorruft, als bilde sie einen Schutzwall gegen das weitere Vordringen des Knotens zur Oberfläche und die sie bedeckende Epidermis. Und unterzieht man nun das Verhalten der Bazillen einer näheren Betrachtung, kann man sich sofort davon überzeugen, daß sich in der Epidermis eines solchen Knotens keine Leprabazillen vorfinden. Sollten sie dort wirklich einmal auftauchen, kommen sie von den Haarfollikeln herauf und entstammen den starken perifollikulären, bis zum Epithel sich erstreckenden leprösen Infiltrationen. Die Folge des hier geschilderten Verhältnisses ist, daß ein solcher Knoten in der Regel gar keine Leprabazillen durch die Epidermis ausscheidet. Doch ist es selbstverständlich, daß das Bild eines Knotenpräparates ein anderes sein kann. Der Druck des Knotens auf die Epidermis kann so stark werden, daß dieselbe, ihre normale Struktur einbüßend, pathologisch wird, was mit dem Durchbruch des Knotens zur Epidermis enden kann; nun entsteht das lepröse Geschwür, das dauernd Leprabazillen ausscheidet, solange sich solche in dem darunter liegenden Gewebe befinden.

Ganz anders verhält sich der lepröse Fleck. Sein Sitz ist stets ein oberflächlicher, und er kommt ganz dicht unter der Epidermis zu seiner stärksten Entwicklung, indem er nur kleine strangartige Verästelungen der Tiefe zusendet und, was das Wichtigste ist, sich sehr oft in der Epidermis selbst, ihrer Oberfläche zu, fortpflanzt.

Hieran knüpfen sich die pathologischen Prozesse und gruppieren sich deutlich um die Gefäße, und zwar sowohl um die Blut- als auch die Lymphgefäße und um die Nerven. Man findet des öfteren in den leprösen Flecken eine ausgesprochene Arteriitis oder Phlebitis mit Leprabazillen in den verschiedenen Gefäßschichten. Ich möchte hier besonders bei der Rolle verweilen, die meiner Meinung nach die Saftspalten und Saftkanäle der Epidermis und ihrer nächsten Nähe spielen. Der lepröse Fleck kann gar manches Mal den Eindruck hervorrufen, als habe sich die Verbindung zwischen den Zellen der Basalzellenschicht gelockert, als seien sie auseinandergesprengt und der Wanderung der Leprabazillen dadurch ein Weg durch die Epidermis zur Oberfläche hin eröffnet. Man sieht nämlich ab und zu Leprabazillen in den Spalten zwischen den Zellen der unteren Epidermisschichten. Aber hier hat es den Anschein, als würden sie von den Epithelzellen der Epidermis aufgenommen, denn oft kann man sie im Innern, dicht beim Kern dieser Zellen finden. Und nun wandern diese Bazillen in größerer oder kleinerer Anzahl — kommt der typische Fleck in Betracht, oft in sehr kleinen Mengen — mit diesen Zellen der Oberfläche des Körpers zu.

Digitized by Google

Ohne Sie mit weiteren Einzelheiten ermüden zu wollen, möchte ich sogleich die Schlußfolgerung dahin ziehen: Von den leprösen Flecken der makulo-anästhetischen Form der Lepra droht stets eine Ansteckungsgefahr.

I. H. F., geb. 10. VII. 1893, 23 Jahre alt. Wohnte bis zu seinem 9. Lebensjahr mit seinem leprösen Vater zusammen, der bei der Geburt des Sohnes leprös war. H.s Krankheit begann schon sehr früh, jedenfalls so weit er zurückdenken kann, d. h. ungefähr im 6jährigen Alter. Die zuerst beobachteten Anzeichen bestanden in Anästhesien an den Außenseiten der Füße, ohne daß er jedoch verstand, was es war; daneben machten sich unbestimmte Anzeichen, wesentlich stechende und reißende Gliederschmerzen bemerkbar. Diese nahmen 1911 um das linke Handgelenk und im linken Arm so stark zu, daß er gänzlich arbeitsuntüchtig wurde. Es zeigten sich auch eigentümliche rötliche Flecke, teils von schmutzig braunrötlichem, teils bläulich-zyanotischem Farbenton im Gesicht und an den Extremitäten. In diesen Flecken waren keine sicheren Infiltrationen nachzuweisen, doch waren die Ulnarnerven, besonders der linke, sehr stark verdickt und sehr druckempfindlich. In den peripheren Teilen der Extremitäten und teilweise auch in einzelnen der Flecke beginnende Anästhesie.

Gegen Neujahr 1914 ein heftiger Anfall mit hohem Fieber und rötlichen, überaus empfindlichen Flecken mit deutlichen — teilweise an Knoten erinnernden — Infiltrationen, die über den ganzen Körper, doch am wenigsten über den Rumpf verbreitet waren; in der Haut waren zahlreiche Blutaustretungen vorhanden. Nach 14 Tagen erfolgte ein Rückgang der heftigsten Symptome, worauf eine allgemeine, ziemlich großblättrige Abschuppung stattfand. Nun machten sich aber starke Nervenschmerzen und generelle Drüsenschwellungen geltend. Nach einer Weile gaben sich auch diese Erscheinungen, um Muskelatrophien der Hände und vermehrten Anästhesien Platz zu machen. Kurz darauf meldete sich eine gefleckte Seborrhoea der Kopfhaut, die sich allmählich in kleinen Flecken über den ganzen Körper verteilte und jeder Behandlung so gut wie unzugänglich war. Im Herbst 1915 fing an einzelnen Stellen eine unverkennbare Knotenbildung an.

Status praesens. Makulo-anästhetische Lepra mit beginnender Knotenbildung. Fast überall Flecken ohne scharfe Begrenzungen mit teilweise erweisbarer Infiltration. Leichte Atrophien und umfangreiche, teilweise bandartig sich ausdehnende Anästhesien an den Unterextremitäten.

Exzidierte Teile der Unterschenkel zeigen zahlreiche, meist wie in leprösen Knoten angeordnete Bazillen an der rechten Seite. An der linken Seite, wo keine sichere Infiltration vorhanden war und wo das mikroskopische Bild das eines leprösen Flecks war, sieht man eine Zunahme der Hornschicht und an vielen Stellen des Epithels zahlreiche Bazillen auf der Wandrung nach außen. Demonstration.

H. A. L., geb. 1860, 56 Jahre alt. Er hatte eine lepröse Tante mütterlicherseits, mit der er in seiner Jugend manchmal zusammen kam. Als sie seine Schwiegermutter wurde, zog er 1885 — also 25 Jahre alt — zu dieser leprösen Tante. Seiner eigenen Aussage gemäß, hatte er aber schon vor dieser Zeit Anästhesie außen am linken Fuß bemerkt, der jetzt fast paralytisch ist. 1890 bemerkte er einen talergroßen Fleck rechts am Unterleib, etwas später ähnliche Flecken an den Gliedern. Um 1893 herum machte sich unter zunehmender Anästhesie eine Schwäche im linken Bein bemerkbar, etwas später trat dasselbe im rechten Bein und den Armen zutage. Es sind teilweise starke Schmerzen vorhanden gewesen. 1899 hatte sich eine diffuse, schmutzig bräunliche Verfärbung ohne scharfe Begrenzung über den größten Teil des Gesichts und einzelne Teile der Glieder verbreitet. Viele Nerven, wie die NN. supraorbitales, NN. auriculares

Digitized by Google

magni, NN. ulnares, zeigten Schwellung und Empfindlichkeit. Die Drüsen teilweise geschwollen. Es sind nunmehr ausgedehnte Paresen, Anästhesien und Atrophien vorhanden; die schmutziggelben, keine fühlbaren Infiltrationen zeigenden Farbentöne der Schenkel, Oberarme und Schulterpartien kann man nicht umhin zu bemerken. Ad Nates finden sich dagegen schärfere Flecken mit hellerer Mitte. Starke Rhinitis mit Schorfbildung und Stenose und zahlreichen Leprabazillen im Nasenschleim.

Mikroskopischer Befund eines kleinen Flecks am linken Schenkel. Das Bild stellte gewissermaßen ein Zwitterding zwischen Knoten und Fleck dar. Es sind teilweise zahlreiche Leprabazillen vorhanden, aber auch eine weit stärkere Reaktion seitens des Gewebes als bei den gewöhnlichen Knoten; man sieht Bazillen in der Epidermis. Insbesondere sind hier die leprösen Gefäßaffektionen zu merken sowie die starke Pigmentmenge in der Basalzellenschicht.

Der Fall ist als eine makulo-anästhetische Lepra mit stellenweis diffusen Infiltrationen aufzufassen und bildet demnach in Ansehung der Bazillenmenge und der seitens des Gewebes vorhandenen Reaktion einen Übergang zur Knotenlepra.

III. I. H., geb. 1861, 55 Jahre alt. Keine Leprafälle in ihrer Familie. In dem Winter, als die Patientin erkrankte, brachte sie einer armen Leprösen auf dem Gehöft, wo sie selbst wohnte, oft das Essen hin. Die Krankheit nahm ihren Anfang im Jahre 1887 mit etwa nagelgroßen, bräunlichroten, an Gesicht, Brust und Rücken sowie auch den Gliedern auftretenden scharf begrenzten Flecken mit hellem blassem Zentrum, wo sich Empfindungsabnahme bemerkbar machte. Auch generelle Drüsenschwellung. 1889 wurden in einem Fleck des Schenkels Bazillen nachgewiesen (Dr. Looft). Die Flecke sind teilweise ganz verschwunden, teilweise sind sie verblaßt oder haben sich auch langsam vergrößert, indem sie bald stärker hervortraten, bald kaum zu sehen waren. Später sind bei den wiederholten Untersuchungen stets Leprabazillen in den Flecken nachgewiesen worden. Die Symptome des Nervensystems haben allmählich mit Parese, Anästhesie und Atrophie, kleinen Rhagaden und Ulzerationen an Händen und Füßen zugenommen.

Sie wurde seinerzeit einer kräftigen Nastinbehandlung unterzogen, wobei eine starke Reaktion der Nervenstämme, besonders des linken N. supraorbitalis, der damals die Dicke eines gewöhnlichen Griffels besaß, eintrat. In einem Präparat des Nackens sieht man mikroskopisch einige Leprabazillen mit der typischen, oberflächlichen und verhältnismäßig starken Reaktion, und zwar stellenweise bis zur Basalschicht des Epithels; sogar im Epithel sieht man hier und da Rundzellen, wie sich auch spärliche Leprabazillen auf der Wanderung durch die Epidermis vorfinden. Etwas Parakeratosis.

Also ein typischer Fall rein makulo-anästhetischer Lepra mit Leprabazillen in den sehr wenig hervortretenden Flecken-Nachweis von Leprabazillen auf der Wanderung durch die Epidermis.

IV. A. A., 43 Jahre alt. In ihrer Kindheit wohnten auf demselben Gehöft wie sie drei Lepröse, einer derselben ein entfernter Verwandter mütterlicherseits. Die Krankheit begann im 13. Jahre der Patientin, also vor etwa 30 Jahren, mit rötlichbraunen Flecken an Waden, Armen und Gesicht. Außerdem meldeten sich Gliederschmerzen und in Händen und Füßen ein Gefühl von Taubheit sowie Unempfindlichkeit. Die meisten Flecke nahmen bis zu einem gewissen Punkt allmählich an Größe zu, um dann entweder gänzlich zu verschwinden oder leichte Atrophie und Unempfindlichkeit zu

Digitized by Google

hinterlassen. Spuren derselben sind noch zu sehen, besonders am Rücken, wo sich die Ränder, wenn auch schwierig, noch nachweisen lassen. Die Erscheinungen des Nervensystems sind in dauernder, wenn auch langsamer Zunahme gewesen bis zur Entstehung des jetzigen Bildes: Anästhesien, Atrophien und Paresen sowie Kontrakturen der Finger, etwas Mutilation. Letzthin Schmerzen in den Ellenbogen, besonders dem linken.

Das mikroskopische Präparat bietet das typische Bild eines Flecks mit spärlichen Leprabazillen aber nicht unbedeutender Zunahme der Zellenkerne um Gefäße und Nerven herum. Der Prozeß pflanzt sich in den Papillen der Haut so dicht bis unter die Epidermis fort, daß die Grenzen verwischt werden und man an einzelnen Stellen der Stachelschicht Rundzellen sieht.

Also ein Fall typischer, rein makulo-anästhetischer Lepra mit Bazillen in Flecken, die sich makroskopisch nur mit Schwierigkeit nachweisen lassen.

V. G. O., geb. 1866, 50 Jahre alt. Sie hatte eine lepröse Tante, mit der sie jedoch wenig Umgang pflegte. Ihre Krankheit machte vor 23 Jahren den Anfang mit einem Knoten am rechten Handrücken. Bei ihrer im Jahre darauf erfolgenden Aufnahme ins Krankenhaus fanden sich viele kleine Knoten im Gesicht wie auch an den Extremitäten. Die Krankheit wurde immer schlimmer; am 19. VI. 1897 mußte sie wegen eines erysipelartigen Ausschlags das Bett aufsuchen; dieser verbreitete sich über den ganzen Körper und trat am meisten an den stärkst leprösen Stellen zutage. Die Temperatur hielt sich viele Monate lang zwischen 39,0 und 40,4° C. Die Haut war außerordentlich empfindlich, ebenso die geschwollenen Nervenstämme und die geschwollenen Drüsen. Gesteigerte Milz- und Leberdämpfung und Druckempfindlichkeit in der Milz- und Lebergegend. Im Harn zahlreiche Formelemente und eine Menge Albumin. Sie mußte das Bett bis zum 25. III. 1898 hüten. Da waren fast alle Hautknoten verschwunden, nur an einzelnen Stellen ließen sich tiefere Infiltrate fühlen, aber auch diese schienen allmählich zu schwinden. 1903 ein ähnlicher Anfall wie der obenbeschriebene von drei monatlicher Dauer, doch traten die Erscheinungen, insonderheit der Haut, viel schwächer auf. Nach dieser Zeit ist es nicht möglich gewesen, etwas sicher Lepröses bei ihr nachzuweisen. Ihr sind eine Menge Spuren der Lepra verblieben, Narben und eine Perforation des Septum nasi. Im Harn sind Albumin und Nierenelemente ganz verschwunden.

Im Laufe des letzten Winters hat sie über Schmerzen der rechten Hand und des rechten Ellenbogens geklagt, wo der etwas geschwollene Ulnarnerv empfindlicher für Druck ist als der linke. In der infiltrierten Partie des rechten I. Metakarpalbeines kann die mikroskopische Untersuchung in dem stark fibrösen Gewebe neben der Verdickung der Gefäßwände einige Kernvermehrung nachweisen; aber Leprabazillen sind nicht nachzuweisen.

Am wahrscheinlichsten ist es, daß man es hier mit einem abgeheilten Fall der Lepra tuberosa zu tun hat.

Digitized by Google

Adolf Havas †.

Einer der liebenswürdigsten, temperamentvollsten und kenntnisreichsten Kollegen, dem auf Kongressen zu begegnen uns stets eine herzliche Freude war, ist für immer von uns geschieden!

Adolf Havas wurde am 14. Februar 1854 zu Szentgál im Veszprémer Komitat (Ungarn) geboren, absolvierte seine medizinischen Studien an den Universitäten zu Budapest und Wien und erlangte 1880 den Doktortitel. Von 1879—1881 war er Assistent des berühmten pathologischen Anatomen der Pester Hochschule, Prof. Scheuthauer, eines der besten Schüler K. v. Rokitanskys; in dieser Zeit entstand die im Arch. f. mikroskop. Anat. erschienene Arbeit „Zur Histologie des Nierenbeckens und des Harnleiters". Hierauf ging er nach Paris, um sich dermatologisch und urologisch weiterzubilden, insbesondere trieb er aber auch mit dem größten Eifer histologische Studien bei Ranvier.

1883 kehrte er heim und organisierte die venereologische Abteilung der Budapester Poliklinik, an der er bis 1897 wirkte. 1898 wurde er im Rochusspitale, 1910 im St. Stephanspitale zu Budapest Primararzt der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten. Die Venia legendi hatte Havas bereits 1884 erhalten, den Titel eines außerordentlichen Professors im Jahre 1902.

Sein Tod erfolgte schnell und unerwartet nach ganz kurzem Krankenlager; nachdem er noch am Sonntag dem 2. Dezember seine gewöhnliche klinische Visite und nachmittags die Sprechstunde erledigt hatte, erkrankte er in der Nacht ganz plötzlich an Perikarditis, welcher er am 5. Dezember leider erlag.

Die meisten Arbeiten von A. Havas sind in ungarischer Sprache im Orvosi Hetilap, in der Festschrift für Schwimmer, sowie im Jahrbuche der hauptstädtischen Spitäler erschienen. Auch verfaßte er zahlreiche und umfängliche Artikel über Hautkrankheiten in einem größeren ungarischen Handbuche der medizinischen Wissenschaft. Von den deutsch geschriebenen Publikationen seien hier hervorgehoben: „Über die tuberkulösen Geschwüre der allgemeinen Decke"; „Asphyxia localis und Gangraena symmetrica" (beide in der Pester mediz.-chirurg. Presse); „Zur Frage des Lichen ruber acuminatus (10. intern. med. Kongreß in Berlin); „Über Darmsyphilis" (Derm. Kongreß, Sarajevo 1903); „Syphilis und Säugen" (Internat. Kongr. f. Hyg. u. Demogr., Budapest). Außerdem lieferte er mehrfache gute Artikel für den dermatologischen Teil von Drasches Bibl. d. ges. med. Wissenschaften — speziell über Haarkrankheiten —, sowie die Kapitel über leukämische Hautaffektionen für Lessers Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Auf den Fachkongressen bewährte er sich ebenso als gewandter Debatter wie als sicherer Diagnostiker, der seiner Wiener und Pariser Lehrzeit alle Ehre machte.

J. H. Rille-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Kriegsverletzungen des Urogenitalsystems, von STUTZIN und GUNDELFINGER. (D. m. W., 1916, Nr. 7.) Die Verfasser kommen bei diesen Verletzungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Zystoskopie im Felde ist möglich und notwendig. 2. Bei Harnleiterschußfisteln ist, wenn sie nicht spontan ausheilen, die Nephrektomie zu machen. 3. Bei Blasenschüssen ist bei verzögerter Heilungstendenz der Blasenschnitt und die Blasendrainage vorzunehmen. 4. Bei Harnröhrenverletzungen ist in der Regel ebenfalls der Blasenschnitt auszuführen. 5. Bei Plastiken am Genitale ist ausgiebiger Gebrauch von der Skrotalhaut zu machen. 6. Die Nachbehandlung aller Urogenitalverletzten bzw. Operierten ist ganz besonders zu überwachen. Schußverletzungen der Niere haben Verff. nicht beobachtet. E. Brinitzer-Altona.

Über Genitalverletzungen, von LEOPOLD SCHÖNBAUER. (W. kl. W., 1916, Nr. 43.) Nach allgemeinen Bemerkungen über die Bedeutung und die Art der Kriegsverletzungen der Harnröhre, des Skrotums und der Hoden sowie über die zu ergreifenden chirurgischen Maßnahmen werden einige besonders bemerkenswerte Fälle kurz besprochen.

H. Vörner-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Bericht der ersten Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Kaiser-Franz-Joseph-Ambulatoriums und Jubiläumhospitales in Wien, von M. v. ZEISSL. (W. m. W., 1917, Nr. 26.) Der Bericht umfaßt die Jahre 1915 und 1916 (3028 Fälle). Bemerkenswert ist eine Abnahme des weichen Schankers, eine erhebliche Zunahme der Skabies. Die vom Verfasser verwendete Therapie wird auf Grund seiner Erfahrungen näher besprochen. H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Prof. RILLE-Leipzig erhielt Titel und Rang als Obermedizinalrat.

Reg.-Arzt Priv.-Doz. Dr. RUDOLF PASCHKIS in Wien erhielt das Ritterkreuz des Franz Josefs-Ordens mit der Kriegsdekoration.

Der durch seine Arbeiten über Gonorrhoe bekannte Dr. IGNAZ STEINSCHNEIDER-Breslau, Kurarzt in Franzensbad, ist am 5. Dezember, 73 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Januar 1918 | Nr. 2 | Band 66

Über den Nachweis des Bakterienkerns.

Von

Dr. Josef Schumacher in Berlin.

(Mit einer Tafel.)

A. Historisches.
B. Die Darstellung des Bakterienkerns.
a) Material.
b) Methodik.
c) Die Eigenschaften des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.
d) Chromolyse des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.
e) Wodurch entsteht das Silber-Bakterien-Nukleinbild?
f) Das Salvarsan-Albarginbild des beschriebenen Kokkus.
g) Die Osmium- und Rutheniumchloridfärbung.
h) Das Methylgrünbild.
i) Das Phosphinbild.
k) Die Darstellung des Bakterienkerns mit Farbstoffen.
C. Morphologische Varietäten des beschriebenen Kokkus.

A. Historisches.

Die Frage, ob die Bakterien, wie fast ausnahmslos die Zellen höherer Organismen, ebenfalls aus Kern und Protoplasma bestehen, hat schon wiederholt zahlreiche Forscher beschäftigt, ohne daß es bis jetzt zu einer befriedigenden Einigung in dieser Frage gekommen wäre.

Die extremsten Ansichten stehen sich gegenüber. Während Fischer, Migula und Massart den Standpunkt einnehmen, daß die Bakterien kernlos seien, da eine Differenzierung des Bakterienleibes in Kern und Protoplasma weder im ungefärbten Präparat, noch nach der gewöhnlichen Färbung mit basischen Anilinfarbstoffen möglich sei, vertritt Ruzicka den zuerst von Zettnow ausgesprochenen Gedanken, daß der ganze Bakterienleib, wie er sich bei der Färbung mit basischen Anilinfarbstoffen darstellt, als Analogon des Kerns höherer Zellen, kurz als „nackter Kern" aufzufassen sei.

Nach Gotschlich liegt die Lösung des Rätsels in der Theorie, daß bei den Bakterien — wieder als Ausdruck ihrer niedrigsten Stellung in der phylogenetischen Reihe — die Kernsubstanz vom Plasma zwar chemisch vollständig, morphologisch aber in der Mehrzahl der Fälle noch nicht vollständig differenziert sei, sondern meist in diffuser oder netzförmiger Verteilung im Plasma sich zeige.

Digitized by Google

Nach Zettnows neuester Theorie[1]) enthält der durch die gewöhnliche Färbungsmethode darstellbare Bakterienleib Kernsubstanz (Chromatin) in Mischung mit Protoplasma (Entoplasma), während die nur durch besondere Präparationsmethoden sichtbar werdende Hülle aus modifiziertem Protoplasma (Ektoplasma) besteht.

Diese Theorie wird gestützt durch Beobachtungen Zettnows an großen Spirillen, die nach Gotschlich um so wertvoller sind, als die Färbung in vivo vorgenommen wurde, bei völlig intakt erhaltener Lebensfähigkeit, oft sogar bei Erhaltung lebhafter Eigenbewegungen und demnach Artefakte absolut ausgeschlossen seien. Zettnow fand einen mächtigen Zentralkörper, bestehend aus einer hellen, schwach färbbaren Gerüstsubstanz von wabigem Bau, in deren Maschen kuglige, den Farbstoff stark aufnehmende Massen lagen, oft in so großer Menge, daß dadurch die Gerüstsubstanz noch verdeckt werden kann und der ganze Zentralkörper als Kern imponiert. Übereinstimmende Ergebnisse[2]) für die pathogenen Bakterien fand Zettnow und bald darauf Feinberg mittels der Romanowskyschen Färbungsmethode, mit der übrigens schon Ziemann vereinzelte positive Resultate erhalten hatte. Bei einer großen Anzahl von Bakterien konnten diese Autoren in dem (bei den gewöhnlichen Färbemethoden sichtbar werdenden) Bakterienleib (Analogie zum „Zentralkörper" der großen Spirillen) zwei färberisch verschieden sich verhaltende Bestandteile nachweisen, eine rot gefärbte („Chromatin"-Kernsubstanz) und eine blau gefärbte (Entoplasma). Das Ektoplasma färbt sich mit Romanowsky nicht.

„Manche Bakterien[2]) (z. B. Vibrionen) scheinen ganz aus Chromatin zu bestehen, was der Zettnowschen Theorie in ihrer ursprünglichen Fassung bzw. der Theorie Ruzickas entspreche. Doch ist in diesem Falle wahrscheinlich nur das Entoplasma in sehr geringer Quantität vorhanden und äußerst innig mit dem Chromatin gemischt, wie aus der nachweislich schaumigen Struktur des Chromatins hervorzugehen scheint und wie es auch in Analogie stehen würde zu anderen Bakterien mit etwas reichlicherem Entoplasma, z. B. dem Milzbrandbazillus, bei welchem die Hauptmasse des Stäbchens aus (rotem) Chromatin besteht und nur mit feinen Rissen und Sprüngen (von blauer Farbe) durchsetzt ist. Bei den meisten Bakterien überwiegt das Chromatin bedeutend. Nur bei einigen Arten (Wurzelbazillus, Megatherium) tritt das Chromatin dem blau gefärbten Plasma gegenüber zurück."

Bei einigen Bakterien, die nach Gotschlich offenbar eine Ausnahmestellung einnehmen, sind echte Kerne mit allen morphologischen Kennzeichen (Kernmembran und Chromosomen, die sich bei der Teilung verdoppeln) von Menel und Künstler[3]) nachgewiesen. Die Beobachtungen älterer Autoren jedoch, die stärker färbbaren Anteile der Bakterienzelle — ohne die üblichen morphologischen Charakteristika des Kerns — allein wegen ihrer Lage im Zentrum des Zelleibes ohne weiteres

[1]) Zit. nach Gotschlich, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle-Wassermann. — [2]) Zit. nach Gotschlich. — [3]) Die Literaturangaben finden sich bei Gotschlich.

Digitized by Google

als Kern aufzufassen, sind nach der Ansicht Gotschlichs als ungenügend zurückzuweisen. Auch Ficker übte eine strenge Kritik, und Gotschlich meint, daß es nicht einmal feststehe, ob diese Gebilde einheitlicher Natur seien, oder ob es sich nicht um ganz heterogene Dinge (Vakuolen, Saftlücken, Depots von Reservestoffen usw.) handele.

Über die Bedeutung der von verschiedenen Seiten bei manchen Bakterien beschriebenen Körnchen besteht noch keine Klarheit. Als metachromatische Körnchen[1]) — nach ihren ersten Entdeckern auch Babes-Ernstsche Körnchen genannt — sind von zahlreichen Autoren im Bakterienleib in Ein- oder Mehrzahl vorkommende Verdichtungen des Protoplasmas beschrieben worden, die im ungefärbten Zustand durch ihre stärkere Lichtbrechung, im gefärbten Zustand durch ihre besonders starke Affinität zu den basischen Anilinfarbstoffen auffallen. Ernst und A. Neisser lehrten diese Körnchen durch Doppelfärbungsmethoden innerhalb des Zellleibes in distinkter Farbe darstellen (blau auf hellbraunem Grunde bei Methylenblau-Vesuvinfärbung, rot auf blauem Grunde bei Karbolfuchsin-Methylenblautinktion). Desgleichen erwies Ernst ihre Affinität zu typischen Kernfarbstoffen (Hämatoxylin und Kernschwarz) und glaubte sie demnach als Kernäquivalente auffassen zu müssen. Wegen ihrer in Bazillen meist polaren Lagerung wurden diese Gebilde auch als „Polkörner" bezeichnet und als solche von Buchner und L. Müller bei dem Typhusbazillus, ferner von Podwyssotzki und Rahmer bei dem Cholerabazillus, von Nomiwicz, Galli-Valerio und G. Mayer bei Rotzbazillus beschrieben.

Nach Gotschlich handelt es sich aber in einem Teil dieser Fälle sicher um Degenerationsprodukte (wahrscheinlich plasmalytischer Natur), indem nachgewiesen ist, daß die „körnchentragenden" Bazillen weniger widerstandsfähig sind als die körnerlosen. Besondere Bedeutung haben neuerdings die metachromatischen Körperchen für die Unterscheidung des Diphtheriebazillus von dem Pseudodiphtheriebazillus nach der M. Neisserschen Färbungsmethode gewonnen. Marx und Woitel hatten diese Körnchen als die eigentlichen Träger der vitalen Energie und insbesondere der Virulenz und Widerstandsfähigkeit pathogener Mikroorganismen auffassen zu können geglaubt, jedoch ist diese weitgehende Hypothese nunmehr nach den von Ascoli, Krompecher, Gause, Schumburg und Ficker vorgebrachten Tatsachen einwandfrei als haltlos anzusehen.

So fand Ficker farblose Prodigiosus und avirulente Diphtheriekulturen, reichlich Körner bildend, andererseits einzelne virulente Diphtheriestämme völlig körnerlos.

Ob dieser Einwand Fickers wirklich unter allen Umständen beweiskräftig ist, müßten noch weitere Untersuchungen entscheiden; viel-

[1]) Zit. nach Gotschlich.

Digitized by Google

leicht wäre in den FICKERschen Versuchen mit der Albargin-Pyrogallolmethode dennoch Nukleinsäure resp. Nukleoproteide nachweisbar gewesen. So fand ich reichlich Nukleoproteide stets nur in Bakterien, die sich in üppigster Fortpflanzung befanden, also bei einer frischen, 12 bis 24 Stunden alten Kultur, während gerade in Sporen meist nur winzige Körner anzutreffen sind. Wenn FICKER also fand, daß die mit seiner Methode körnchenlos gefundenen Bakterien oder richtiger nur winzige Körnchen tragenden Bakterien gerade die widerstandsfähigsten waren, so können wir diese seine Beobachtung bestätigen.

Nachdem nun von mehreren Forschern (GALEOTTI, NISHIMURA, VANNOD u. a.) bereits makrochemisch Nukleoproteide nachgewiesen worden waren, aus denen NISHIMURA sogar Nukleinbasen (Xanthin, Guanin, Adenin) als Spaltprodukte isolierte, so ist es sicher, daß die Bakterien Nukleinsäure enthalten müssen, und wahrscheinlich, daß sie wie die tierischen und die Zellen höherer Pflanzen ebenfalls einen Kern besaßen. Aber der einwandfreie morphologische und histochemische Nachweis steht noch aus. Mit basischen Farbstoffen konnten wir nur in vereinzelten Fällen Körnchen nachweisen, beispielsweise im Tuberkel- und Rotzbazillus, ohne daß die sich stark mit basischen Farbstoffen färbenden Körnchen als Kerne erkannt werden konnten. In vielen anderen Bakterien ist der Nachweis des Kerns deswegen nicht gelungen, da diese wie die Kokken ausnahmslos ein stark basophiles Protoplasma besitzen, das durch seine starke Mitfärbung den meist nur winzigen Kern völlig verdeckte. In anderen Bakterien sahen wir wieder die Kernmitosen (Gonokokken, Meningokokken), ohne auch diese als Kernbestandteile erkennen zu können.

Es fehlte eben eine histochemische Reaktion auf Kernbestandteile, eine spezifische Reaktion auf Nukleinsäure oder eine spezifische Reaktion auf Kerneiweiß. Nachdem rein chemische Nukleinsäurereaktionen bekannt waren, konnte man diese auf die Bakterien anwenden und mußte, da diese, wie oben bewiesen wurde, nukleinhaltig sind, die Bakterienkern-Nukleinsäure finden.

So wollen wir uns erinnern, daß wir bei den Leukozyten mit der Albargin-Pyrogallolmethode ein tief schokoladebraunes Kernbild erhielten, mit der Quecksilberchlorid-Schwefelwasserstoffwassermethode ein hellgraues, mit der Osmiumchloridmethode ein sepiabraunes, mit der Rutheniumchloridmethode ein grauschwarzes und mit der Salvarsan-Albarginmethode ein braunes Kernbild darstellen konnten, um nur die wichtigsten Nukleinsäurereaktionen anzuführen.

Von ungeheurer Wichtigkeit war aber bei diesen histochemischen Nukleinsäurereaktionen, daß sie nicht bloß die Nukleinsäure allein che-

Digitized by Google

misch nachweisen ließen, sondern, wie chemisch zu erwarten war und eine Kontrollfärbung mit basischen Anilinfarben auch bestätigte, daß man mit den Nukleinsäurereaktionen auch den ganzen Kern morphologisch in toto darstellen konnte, wenn die Reaktionen selbst auch nur spezifisch für einen Kernbestandteil sind. Gelang es uns also in den Bakterien histochemisch ein Nukleinsäurebild beispielsweise mit der Albargin-Pyrogallolmethode darzustellen, so war hiermit nicht nur die Bakteriennukleinsäure histochemisch nachgewiesen, sondern der ganze Bakterienkern gleich in toto dargestellt. Wollten wir jene mit Albargin-Pyrogallol nachgewiesene Substanz wirklich als nukleinsäurehaltig, folglich als Kern, ansprechen, so mußte diese Substanz auch alle übrigen histochemischen Nukleinsäurereaktionen geben, nicht zuletzt auch alle histochemischen Eigenschaften der Nukleinsäure zeigen, die wir in zahlreichen Reaktionen früher bereits bei dem Silber-, Quecksilber-, Osmium-, Ruthenium-, Phosphin-, Eisen- und Salvarsan-Albarginkernbild kennen lernten.

B. Die Darstellung des Bakterienkerns.

a) Material.

Zur Darstellung der Bakterienkerne eignen sich nur frische, üppig wachsende Kulturen, am besten solche, die entweder aus Organen frisch gezüchtet sind (12—24 Stunden lang) oder frisch auf Agar übergeimpfte, die gleichfalls nicht älter als 12 bis höchstens 24 Stunden alt sind. In diesen findet man stets die mit den erwähnten Methoden in gleich zu schildernder Weise nachweisbaren Kerne. Werden die Kulturen älter, so findet man auch stets noch Nukleinsäure in den Bakterien, aber auffallenderweise nicht mehr in allen. Dieselbe Beobachtung machte ich zuerst bei der Hefe. So gab manchmal eine Hefe von einer Bezugsquelle das Albargin-Pyrogallolkernbild in jeder Hefezelle, mit den gleichen Reagentien behandelt fand ich aber oft bei einer Hefe anderer Herkunft nur sehr wenig Zellen, die das Albargin-Pyrogallolkernbild gaben. Dieser auffallend rasche Schwund der Nukleinsäure aus einige Tage vorher noch nukleinsäurehaltigen Bakterien und das plötzliche Auftreten innerhalb weniger Stunden von Nukleinsäure in vorher nukleinsäurearmen Kulturen ist vorerst eine der interessantesten chemischen und biologischen Tatsachen. Diese meine Beobachtung an dem Nukleinsäuregehalt der Bakterien ist uns ja von früher aus Färbungen ebenfalls bekannt, so wissen wir, daß auch nur ganz frisch Diphtheriekulturen reichlich körnertragend sind, während älter weniger reichlich körnertragende Bakterien enthalten, um nur spiel zu erwähnen. Dabei kommt es aber nie vor, daß eine leb

Digitized by Google

etwa nach einigen Tagen histochemisch völlig nukleinsäurefrei befunden würde. Das ist nicht der Fall. Man findet immer noch reichlich Bakterien, die kernhaltig sind, aber dazwischen viel „Leichen", die kein Nukleinsäurekorn, resp. keinen Kern mehr besitzen. Ich halte diese Form für abgestorbene Individuen, die für die spätere Fortpflanzung nicht mehr in Betracht kommen. Nur diejenigen Bakterien, die noch Nukleinsäure enthalten, werden bei dem Überimpfen auf einen neuen Nährboden für die Nachkommenschaft sorgen. An und für sich ist die beobachtete Erscheinung ja auch gar nicht so sehr verwunderlich, wir wissen ja auch von tierischen Zellen, daß sie beim Absterben ihren Kern verlieren, resp. daß dieser sich nur mehr sehr schwach mit basischen Farbstoffen färbt. Daß in den obigen Formen etwa Dauerformen der Bakterien vorliegen, ist nicht wahrscheinlich, konnte ich doch, soweit bis jetzt untersucht, auch in Sporen winzige Kerne mit Sicherheit nachweisen.

Wir wollen den Nachweis des Bakterienkerns, der für jeden Mikroorganismus, auch die pathogenen, gelingt, vorerst an einem Kokkus studieren, der sich seines schönen Kernbildes wegen besonders gut dazu eignet. Ich hätte gerade so gut irgend einen Staphylokokkus nehmen können, der dasselbe Kernbild besitzt, wie der zur Verwendung kommende Bazillus, doch ist dieser ein größerer Kokkus und liegen deswegen die Verhältnisse hier günstiger. Bakterien verwandter Art besitzen meist ein ähnliches, manche pathogenen ein ganz spezifisches Kernbild.

Der verwendete Mikroorganismus ist ein ziemlich großer, runder Kokkus, der aus einer Tonne Regenwasser gezüchtet wurde und gut bei Zimmertemperatur bereits auf gewöhnlichem Agar wächst[1]). Er bildet üppig wachsende, grauweißliche Kolonien und ist grampositiv. In einem mit Methylenblau oder Gentianaviolett gefärbten Ausstrich sieht man zahlreiche, einzelne homogen tiefblau oder tiefviolett gefärbte Kokken, dazwischen einige ebenso gefärbte Diplokokken, die aber nicht etwa einer Verunreinigung angehören, sondern stets reichlich nur in üppig wachsenden Kulturen entstehen, und die Mitosen sind, wie wir durch den Nukleinsäurenachweis erkennen werden. Dieselben Erscheinungen kann man bei dem Staphylococcus pyogenes aureus beobachten. Eine Kultur, die die üblichen Kokken enthält, färbt sich auch bei 12—24stündigem üppigem Wachstum mit Methylenblau scheinbar nicht anders als vor der Bebrütung.

Überall runde, homogen gefärbte Kokken, in denen man bei starker Vergrößerung allerdings schwer Diplokokken entdeckt, besonders an

[1]) Interessenten gebe ich gern einen Stamm ab.

Digitized by Google

den größeren Individuen. Mit der Albargin-Pyrogallol-Pyroninmethode behandelt, sieht man in einer so frisch gezüchteten Kultur zahlreiche, mit Methylenblau anscheinend homogen gefärbte Kokken sich in viele Diplokokkenexemplare auflösen.

b) Methodik.

Die untersuchten Bakterienausstriche wurden so hergestellt, daß ein Tropfen Wasser mit etwas ausgestrichener Kulter vermittels der Platinöse auf einem Objektträger verrieben wurde. Nach dem Lufttrockenwerden wurde kurz in der Flamme fixiert.

Das Albargin-Pyrogallolbild der Kokken.

Wurden die Bakterienausstriche einer 24stündigen Kultur 15 Minuten lang[1]) in eine 1%ige ammoniak. Albarginlös. (Alb. 1, Aq. dest. 100, NH_3 1cm) gestellt, darauf mit destilliertem Wasser abgespült und mit einer 3%igen, mit gewöhnlichem Wasser bereiteten Pygallollösung darauf nach der früher bereits bei dieser Methode mitgeteilten Technik reduziert, mit Wasser abgespült und kurz in der Flamme getrocknet, so sieht man schon makroskopisch, daß der Bakterienausstrich bei dick angefertigten Präparaten tief schokoladebraun, bei dünnen Ausstrichen schwach hellgelb bis braun erscheint, je nach der Anzahl der vorhandenen Bakterien.

Mikroskopisch sieht man zuerst bei Vergrößerung 1:555 nur eine Unmenge tiefschwarz erscheinender Pünktchen, umgeben von sich hellgelb färbenden Massen, die das Protoplasma darstellen. Vergrößert man auf 1:1300, so sieht man an zahlreichen Stellen einzelne Kokken mit nur einem tiefschwarz gefärbten Körnchen und zahlreiche Individuen, die zwei kaffeebohnenförmig angeordnete Körnchen tragen. Wenn man einige Übung bereits erworben hat, so erkennt man an dem weiter nicht als mit Albargin-Pyrogallol gefärbten Präparat bereits, daß die Nukleinsäurekörnchen in vielen einzelnen Zellen exzentrisch gelagert sind, wie das bei dem Staphylococcus pyogenes aureus und den verwandten Arten ausschließlich der Fall ist.

Die Tatsache, daß sich die Nukleinsäurekörnchen tiefschwarz färben und das Protoplasma nur einen ganz schwach hellbraunen Ton bei dieser Behandlung annimmt, gestattet, Kern und Protoplasma differenziert darzustellen, indem man das Protoplasma mit Pyronin nachfärbt. Die Technik für ein so herzustellendes Präparat ist folgende. Färbung mit Albargin 1%ig 2 Minuten, Abspülen, darauf Behandlung 3/4—1 Minute lang mit 3%iger Pyrogallollösung. Abspülen. Alsdann läßt man auf ein

[1]) Bei manchen Bakterien müssen die Reagentien länger einwirken, so z. B. bei dem Tuberkel- und Rotzbazillus 1/2 Stunde lang, bevor man mit Pyrogallol reduziert.

Digitized by Google

so behandeltes Präparat eine Pyroninlösung 1 : 1000 10—20 Sekunden lang einwirken. Je nach der Einwirkungszeit erhält man alsdann ein schwächer oder stärker pyroninrosa gefärbtes Protoplasma.

Mikroskopisch bildet das so hergestellte Präparat folgendes Bild. Man erkennt jetzt wieder im Gegensatz zu dem nur mit Albargin-Pyrogallol gefärbten Präparat den ganzen Kokkus in einem schwachrosa Ton gefärbt, inmitten dessen sich die tiefschwarz gefärbten Nukleinsäurekörnchen wunderschön abheben. In den einzelnen Individuen sieht man wieder fast ausnahmslos die schwarzen Nukleinsäurekörnchen exzentrisch gelegen (siehe Fig. 1). An anderer Stelle sieht man wieder in einem rosa gefärbten Individuum zwei kaffeebohnenförmig gegenüberliegende schwarze Körnchen. In einigen Individuen erkennt man sogar drei und vier Körnchen, je nachdem die Weiterteilung fortgeschritten ist.

c) Die Eigenschaften des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.

Behandelt man wieder ein Bakterienausstrichpräparat 15 Minuten lang in der beschriebenen Weise mit 1%iger Albarginlösung, spült mit destilliertem Wasser ab und stellt jetzt den Ausstrich 5 Minuten lang in destilliertes Wasser, ehe man alsdann mit Pyrogallol nachbehandelt, so erkennt man, daß die schwarzen Körnchen in den Bakterien sämtlich erhalten sind. Wirkte jedoch eine physiologische Kochsalzlösung fünf Minuten nach der Albargin- und vor der Pyrogallolnachbehandlung ein, so sieht man jetzt, daß die Körnchen aus den Bakterien verschwunden sind. In derselben Weise, noch intensiver sogar, wirken 1%ige Lösungen von Jodkalium.

Stellte man die Präparate nach der Albarginbehandlung und vor der Pyrogallolreduktion fünf Minuten lang in eine 1%ige Lösung von Natriumkarbonat, so sind nach wie vor die schwarzen Körnchen erhalten, ebenso bei einer entsprechenden Zwischenbehandlung mit 1%iger Natriumphosphatlösung.

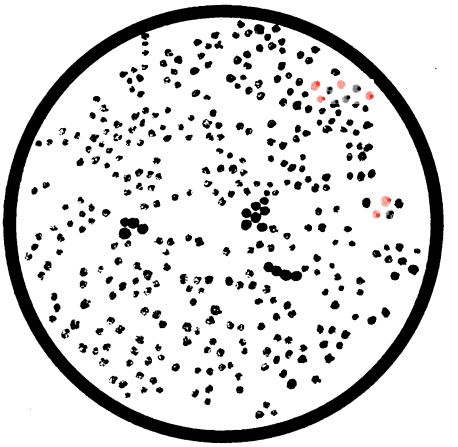
Bei entsprechender Behandlung mit Natriumsulfat und -nitrat sind die schwarzen Körnchen ebenfalls noch gut erhalten.

Wir wollen die histochemischen Nukleinsäurereaktionen des Leukozytenkerns und der Bakterienkörnchen einmal gegenüberstellen.

Daß sich die Bakterienkörnchen bei Albargin-Pyrogallolbehandlung statt tief schokoladebraun tiefschwarz färben, beruht auf deren außerordentlich hohem Nukleinsäuregehalt, wie wir noch sehen werden. Der hohe Nukleinsäuregehalt läßt sich auch makrochemisch an quantitativen Phosphorsäurebestimmungen kontrollieren. Ein stark tiefbraunes, punktförmiges Bild imponiert uns als solches von selbst außerdem schon als schwarz. Man kann dies bei mikroskopischen Zeichnungen sehr schön

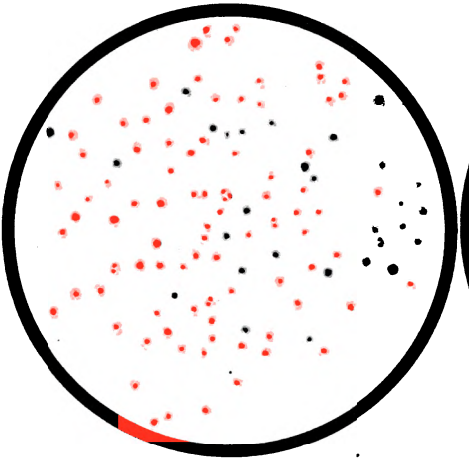
Digitized by Google

1.

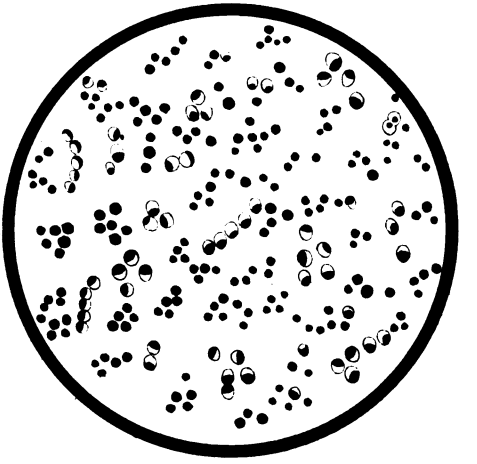


Das Kernbild des beschriebenen Coccus.

2.



3.



Schumacher.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Digitized by Google

Digitized by Google

	Silber-Nukleinbild der Leukozytenzelle ist bei	Silber-Nukleinbild der Bakterienzelle ist bei	Nukleinsaures Silber ist in
Dest. Wasser . .	vorhanden	vorhanden	unlöslich
NaCl 1% . . .	verschwunden	verschwunden	stark löslich
KJ 1%	verschwunden	verschwunden	stark löslich
Na_2CO_3 1% . .	vorhanden	vorhanden	unlöslich
Na_3PO_4 1% . .	„	„	unlöslich
Na_2SO_4 1% . .	„	„	fast unlöslich
$NaNO_3$ 1% . .	„	„	fast unlöslich

beobachten. Machen wir mit einer dunkelbraunen Farbe einen längeren Pinselstrich auf weißes Papier, so erscheint dieser dunkelbraun. Machen wir aber nur ein stecknadelkopfgroßes Pünktchen, so erscheint dieses schwarz.

d) Die Chromolyse des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.

Zu diesem Zweck wurden die Bakterienausstriche wieder wie früher die Leukozytenausstriche 24 Stunden lang in destilliertes Wasser und physiologische Kochsalzlösung gestellt. Auch Natriumkarbonat und Natriumhydroxyd kamen wieder in Anwendung, bei den Bakterien ihrer größeren Widerstandsfähigkeit wegen, aber in 1%iger Lösung.

Wurden die Präparate nach vorsichtigem Abspülen mit Albargin-Pyrogallol gefärbt, so waren die Körnchen in den Präparaten, die 24 Stunden lang in destilliertem Wasser gestanden hatten, wie zu erwarten war, völlig erhalten. In den in Kochsalz gestandenen Präparaten waren sie fast ausnahmslos schlecht darstellbar und fehlten vollständig in den Bakterienpräparaten, die in der 1%igen Natriumkarbonat- und Natriumhydroxydlösung gestanden hatten. Die Präparate sind aber nicht etwa farblos, sondern schwach homogen gelb bis braun in dem Tone des Protoplasmas gefärbt.

Hieraus kann man schließen, da alle Lösungsmittel für Nukleoproteide nach ihrer Einwirkung eine Darstellung des Körnchenbildes mit Albargin-Pyrogallol unmöglich machen, daß es Nukleine, resp. Nukleoproteide im Bakterienleib sein müssen, die das Zustandekommen der Albargin-Pyrogallolfärbung wie bei den Leukozyten bewirken. Bewiesen wird diese Vermutung durch die makrochemische Analyse, indem man in der Tat nachweisen kann, daß man durch Behandlung von Bakterien mit 1%iger Kalilauge Nukleoproteide aus ihren Leibern zu extrahieren vermag, wie dies Lustig und Galeotti[1]) bereits früher schon zeigten. (Schluß folgt.)

[1]) Siehe Lustig, Über Bakteriennukleoproteide in Kolle-Wassermann, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, Bd. 2, S. 2.

Digitized by Google

Aus dem Laboratorium des Reservelazaretts II. Weingarten.

Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und Harn.

Von

Hans Lipp.

Eine der gebräuchlichsten Methoden zur Darstellung der Tuberkelbazillen war bislang die Ziehl-Neelsensche Färbung. Tatsächlich repräsentieren sich die Vollstäbchen bei dieser Technik in schöner Kontrastfärbung. Es hat sich indes diese zweifellos überaus einfache Färbemethode in jüngster Zeit denn doch als unzulänglich erwiesen, eine Tatsache, auf die C. Spengler, Liebermeister, Lichtenhahn, Arthur Mayer u. a. hinwiesen. Ziehl versagt oft in Fällen, in denen andere nicht minder einfache, ja noch einfachere Methoden nicht bloß die Vollstäbchen, sondern auch die Einzelgranula (Sporen) deutlich zur Darstellung bringen. Hierzu eignet sich ganz besonders die Karbolfuchsin-Tropäolin- und die Karbolfuchsin-Jodmethode, die auch im hiesigen Laboratorium angewendet wird.

Die Karbolfuchsin-Tropäolinmethode zeichnet sich aus durch Einfachheit in der Ausführung und bringt gegenüber der Ziehl-Färbung eine deutliche Hüllen- und Granulafärbung gut zur Darstellung; außerdem kommen auch die Bazillensplitter deutlich zum Vorschein, die bei Ziehl nicht erkennbar sind. Die Ausführung ist folgende:

1. Fixierung der möglichst dünnen Sputumschicht auf dem Objektträger, Auftragen von Karbolfuchsin und vorsichtiges Erwärmen bis zur Dampfbildung (das bei der Ziehlschen Methode in vielen Laboratorien übliche zweimalige Aufkochen ist zu vermeiden!). Abspülen in Wasser.

2. Entfärbung in salzsaurem Alkohol (Acid. hydrochl. 6,0; Alkohol abs. 210,0; aq. dest. ad 300).

3. Gegenfärbung mit gesättigter alkoholischer Tropäolinlösung, etwa 5 Tropfen, 5—10 Sekunden, Abspülen in Wasser.

4. Trocknen zwischen Fließpapier.

Die Hülle der Tuberkelbazillen und die Bazillensplitter sind blaßrot bis rot, die intrabazillären Granula sind dunkelrot, der Grund des Präparates ist dunkelgelbrötlich gefärbt.

Eine echte Strukturfärbung, die ebenso einfach wie streng spezifisch für alle pathogenen Säurefesten sich darstellt, ist die Kronbergersche Karbolfuchsin-Jodmethode.

Digitized by Google

Die Technik dieser Färbung gestaltet sich also:

1. Wie oben, Präparat erkalten lassen (ohne abzuspülen).
2. Wie oben.
3. Aufgießen von offizineller Jodtinktur, die mit dem vierfachen Volumen 60% Alkohols verdünnt ist. Wirkung: wenige Minuten.
4. Abspülen der Jodlösung mit starkem Wasserstrahl (sichere Vermeidung von Niederschlägen durch Jodausfällung).
4. Wie oben.

Wir sehen bei dieser Färbemethode keine kompakten Stäbchen, sondern alle Säurefesten erscheinen granuliert und innerhalb einer blaßrot oder rosa gefärbten Hülle können wir deutlich dunkelrote oder violette, meist glänzende, scharf gezeichnete Granula (Sporen) unterscheiden. Bei sorgfältiger Herstellung der Sputumpräparate und exakter Färbung lassen sich auch Einzelgranula (Sporen) als dunkelviolette, glänzende Körner in der gelben Umgebung erkennen und diagnostisch verwerten, wozu allerdings einige Übung benötigt ist.

Schließlich sei noch auf die jüngst von Perges in der K. K. Ges. der Ärzte in Wien (Sitzung vom 23. Juni v. J.) vorgeschlagene, überaus einfache Karbolfuchsin-Jodsalzsäurefärbung hingewiesen, die sich in der Praxis bald Eingang verschaffen dürfte.

Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen:

1. Karbolfuchsinfärbung wie oben.
2. Entfärbung und zugleich Kontrastfärbung in

Rp. Tinct. Jodi 92,0
Acid. hydrochl. conc. 8,0

einige Minuten eingelegt, mit Wasser sorgfältig abgespült und zwischen Filtrierpapier getrocknet. Die Tuberkelbazillen erscheinen rot mit schwarzen Granulis auf gelblichem Grunde.

Diese Methode ergibt um 10% häufiger positive Resultate als die Färbung nach Ziehl-Neelsen und erübrigt das zeitraubende Antiforminverfahren.

Vergleichsresultate zeigen die Vorzüge der genannten drei Färbemethoden gegenüber der Ziehl-Neelsenschen in auffallender Weise:

Zahl der Untersuchungen 50	Ziehl-Neelsen	Tropäolinfärbung	Kronberger	Perges
davon 11	0	positiv (Gran. u. Bac.-Splitter)	positiv (Stäbchen u. Sporen)	positiv
„ 4	0	Splitter	positiv (nur Sp.)	positiv
„ 28	positiv (spärlich)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)
„ 7	positiv (viele)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)

Digitized by Google

Vergleichen wir die drei Methoden, welche geeignet erscheinen, die Färbung nach ZIEHL-NEELSEN allmählich auszuschalten, untereinander, so dürften sie so ziemlich ebenbürtig erscheinen. Die Karbolfuchsin-Tropäolinfärbung ziehe ich besonders bei meinen Tbc-Färbungen deswegen gerne heran, weil das Tropäolin für das Auge beim Mikroskopieren sehr angenehm und nicht ermüdend wirkt.

Besondere Sorgfalt erheischt der Nachweis der Tuberkelbazillen im Harn, zumal wenn es sich um eine Frühdiagnose der Urogenitaltuberkulose handelt. Es empfiehlt sich zur Gewinnung eines brauchbaren Sedimentes folgendes Verfahren: Etwa 100 ccm der Tagesmenge werden zentrifugiert und die darüber stehende Flüssigkeit abgegossen; nun gibt man dem Bodensatz Essigsäure hinzu, bis die Phosphate gelöst sind. Hierauf Zusatz einiger Tropfen Chloroform, das, spezifisch schwerer, die Bakterien mit auf den Boden zieht. Fünf Minuten langes Schütteln, Zentrifugieren und Ausstreichen des Bodensatzes auf den Objektträger, Trocknen hoch über einer Flamme, Fixieren und Färben.

Als Färbeverfahren empfiehlt sich aber hier die ZIEHL-NEELSENsche Methode deshalb nicht, weil sie die Unterscheidung der Tuberkelbazillen von den Smegmabazillen nicht einwandfrei gestaltet. Diese von ALVAREZ und MATTERSTOCK beschriebenen Stäbchen gleichen bei dieser Färbung durchaus den echten Tuberkelbazillen.

Gute Dienste zur Differenzierung zwischen den Tuberkelbazillen und anderen säurefesten Stäbchen, wozu auch die Smegmabazillen zu rechnen sind, leistet die PAPPENHEIMsche Korallinfärbung. Man färbt zunächst fünf Minuten mit Karbolfuchsin und taucht, ohne daß man in Wasser abgespült hat, in folgende Lösung:

Korallin 1 g, alkoholische gesättigte Methylenblaulösung 100 g, Glyzerin 20 g. Das Eintauchen geschieht 3—5 mal. Das Korallin entfärbt alle Stäbchen mit Ausnahme der Tuberkelbazillen.

Literatur.

E. BOIT, M. m. W., 1916. — LEDERGERBER, Korr. Bl. Schweiz, 1914. — LEICHTWEISS, Zschr. f. Tbc., Bd. 25. — H. PERGES, Sitzungsbericht der K. K. Ges. der Ärzte in Wien, 1916. — C. SPENGLER, Tuberkulose und Syphilisarbeiten, Davos 1911.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Weitere Beiträge zur Kenntnis der spontanen Genitalgangrän bei Kriegsteilnehmern, von HERMANN KÜTTNER. (B. kl. W., 1917, Nr. 10.) Verf. fügt den bereits veröffentlichten Fällen echter FOURNIERscher Gangrän, bei der lokal entzündliche Prozesse die Nekrose an den Genitalien bedingen, einen weiteren hinzu, der nach 3 Monaten infolge Allgemeininfektion mit Streptokokken mit dem Tode endigte. Als Ausgangspunkt der letzteren mußte eine ausgedehnte Thrombose gelten, die schon am zehnten Tage der Erkrankung an den Venen des Penis, des Skrotums und vor allem auch des freiliegenden Samenstranges festgestellt werden konnte. Die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes der typischen FOURNIERschen Gangrän mit dem echten Gasbrand der Genitalien im Anschluß an Schußverletzungen, von dem Verfasser zwei Beispiele kurz anführt, legt ihm den Gedanken nahe, daß wie bei diesem auch bei der FOURNIERschen Gangrän Anaeroben und nicht nur Streptokokken die Ursache der Erkrankung sein könnten, wenn auch bei letzterer keine Gasbildung stattfindet. E. Klemm-Leipzig.

Kriegserfahrungen über Erkältungskrankheiten der Harnorgane, von VICTOR BLUM. (M. Kl., 1916, Nr. 1.) Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich BLUM mit dem Einfluß der Erkältungen auf die Niere. Die meisten hierher gehörigen Fälle kommen nicht als Folgeerscheinung harter Kälte zur Beobachtung, sondern mehr als Folgen von Durchnässungen nach vorhergegangener Kälte. Das pathogenische Moment für diese Nierenschädigungen durch Erkältungen, resp. Durchnässungen sieht BLUM in dem mangelhaften Funktionieren des vasomotorischen Apparates. Während ordnungsgemäß der Kältereiz sowohl in der Haut wie in den Nieren eine Vasokonstriktion auslöst, nach deren Ablauf eine reaktive Blutüberfüllung stattfindet, stellen sich, besonders im Kriege, Verhältnisse ein, welche diese wichtige Abwehreinrichtung des Organismus stören, resp. insuffizient machen. Als solche Ursachen nennt BLUM: „Unregelmäßige Ernährung und Verdauung, Alkoholgenuß, schwarzer Kaffee, übermäßiges Rauchen, kolossale Muskelarbeit und andere Gifte, resp. bakterielle Infektionen und Intoxikationen nach fieberhaften Erkältungskatarrhen verschiedener Schleimhäute, ambulanten Typhen, Skarlatina und eventuell auch der schädigende Einfluß des prophylaktischen Serum und Vakzine-Injektionen". Wenn diese Momente z. T. auch im Frieden eine Rolle spielen, so sind sie doch im Kriege so vervielfacht, daß man dadurch sich die Häufigkeit der Nierenerkrankungen — echter Glomerulonephritis — erklären kann. Auch bei den Funktionsstörungen der Blase scheint es sich wenigstens im Beginn der Erkrankung um Zirkulationsstörungen zu handeln. Es ist hier nicht der Platz, die sorgsam zusammengefaßten klinischen Merkmale dieser Erkrankungen wiederzugeben. Der Verfasser sagt zusammenfassend: „Im klinischen Bilde unserer Erkältungspollakisurie dominiert der krankhafte Harndrang." Die Intensität dieses Symptoms teilt der Verf. in drei Grade. 1. Änderungen des Harndranges ohne nachweisbare anatomische Läsion (einfache Kältepollakisurie, Erkältungsharndrang), oft durch einfache Erwärmung schnell vorübergehend, aber auch bei neuer Durchnässung schnell rezidivierend. 2. Erkältungsharndrang mit kompletter oder inkompletter Harnverhaltung. 3. Pollakisurie bei pathologischer Harnbeschaffenheit. Seiner Auffassung über die Vorgänge bei normaler Miktion und krankhaftem Harndrang und über die Bedeutung der hinteren Harnröhre

Digitized by Google

folgend, sagt der Verfasser: Wir werden in pathologischen Veränderungen der hinteren Harnröhren- und der Trigonum-Schleimhaut den Sitz und die Ursache der Erkrankung vermuten müssen. Und tatsächlich kommt durch Einführung thermischer oder chemischer oder elektrischer Reize (z. B. durch Sonden oder Lapis-Ätzungen) des hinteren Harnröhren-Abschnittes oft unangenehmer Harndrang zustande; ebenso wird derselbe hervorgerufen durch entzündliche Reize (aszendierend Blennorrhoe, deszendierend Tuberkulose) oder durch Fremdkörper, z. B. Steine, während die letzteren in horizontaler Lage der hinteren Blasenwand anliegend, keine Beschwerden machen. Zum Schluß wendet sich Blum zu den Harnneurasthenikern, die allerdings auch im Frieden häufig genug sich einstellen. Oft findet man bei der zystoskopischen Untersuchung eine lokale Blutüberfüllung besonders am Kollikulus und am Trigonum, die sich durch Kauterisation beseitigen läßt. Temperaturwechsel, der bei vielen blasenempfindlichen Menschen Harndrang auslöst, kommt im Kriege besonders häufig vor; auch Überdehnung der Blase durch mangelnde Gelegenheit zur Entleerung (im Schützengraben sehr häufig), wird oft beobachtet. Endlich sind zu erwähnen die Fälle von spastischer und atonischer Pollakisurie; während Prognose und Therapie der ersteren sehr günstig, resp. leicht ist, ist die Krankheitsdauer der letzteren eine sehr langwierige und es ist nur durch lange, konsequente und sachverständige Behandlung eine völlige restitutio ad integrum zu erzielen, wobei Residualharn und Pollakisurie oft erst nach vielen Monaten verschwinden. Soldaten mit der spastischen Form werden nach kurzem Aufenthalt in den Etappenlazaretten wieder kriegsverwendungsfähig sein, während man Patienten mit andauerndem Vorhandensein von Residualharn besser im Hinterlande zu leichten Beschäftigungen heranzieht, da mit schneller Kriegsverwendungsfähigkeit bei der atonischen Pollakisurie nicht zu rechnen ist. O. Lasch-Breslau.

Die Beziehung chronischer Infektionen des Urogenital-Apparates zu unklaren inneren Störungen, von Hugh Hampton Young-Baltimore. (New York m. J., 13. Jan. 1917.) Nach einer, allerdings fast nur amerikanische Forscher berücksichtigenden Übersicht über die bezügliche Literatur der letzten Jahre (seit 1910) bespricht Verfasser der Reihe nach die einzelnen Organe des Urogenitalapparates, deren Erkrankung jeweilig zu weiteren Störungen im Bereiche weitabliegender Gewebselemente führen kann. Mit den Nieren beginnend, fand Y. fast alle Forscher darin übereinstimmend, daß bei Pyelitis selten Streptokokken gefunden werden und es damit wohl zu erklären sei, warum Arthritis, Rheumatismus und Endokarditis so selten Niereneiterungen begleiten; offenbar sind letztere meist auf Staphylo- und Gonokokken zurückzuführen und dann oft mit lokaler Herzaffektion — Endokarditis — verbunden. Über, von den Harnleitern ausgehende (Pyometeritis) Allgemeininfektionen finden sich in der Literatur keine Angaben, Y. hat aber zahlreiche Fälle gesehen, wo zweifelsohne von Erkrankung der Harnleiter aus schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktionen stattfand. Bezüglich der Blase ist nicht zu erwarten, daß bei gewöhnlichen Fällen von Zystitis viel Resorption von der Blasenschleimhaut aus erfolgen kann, da dieselbe eine der am wenigsten aufsaugenden (resorbierenden) Oberflächen des Körpers ist und auch schwere, lange sich hinziehende Fälle von Zystitis (Blaseninfektion) bei guter Drainage und häufigen Entleerungen selten Allgemeininfektionen verursachen; immerhin kann besonders die Bacillus coli-Infektion zu Fieber, Allgemeinstörungen und ernsten Erscheinungen von Toxämie führen. Ein wichtigerer Faktor ist jedenfalls die Rückwirkung (von der Blase aus) auf die Nieren und durch diese aufs Herz, Blutgefäße und andere lebenswichtige Gewebe; Beispiele aus Verfassers Erfahrung lehren, wie rasch oft schwere Störungen dieser Organe durch geeignete Behandlung der Nieren (Drainage) zum Verschwinden gebracht werden. Bei der Harnröhre und deren Adnexen bieten die verschiedenen drüsigen Gebilde, welche,

Digitized by Google

alle mit engen Ausführungsgängen versehen, in die Harnröhre münden, ein außerordentlich günstiges Feld für die Entwicklung chronischer Infektionen. Blennorrhoe ist wohl die Hauptursache derselben, indem in etwa 70—90% der Fälle die Adnexa befallen werden; immerhin möchte Verfasser, wenigstens für Amerika, feststellen, daß infolge der Erfolge mit den neuen Silbersalzen, der Aufklärung des Publikums u. a. mit Blennorrhoe weniger mehr vorherrscht, häufiger zur Heilung kommt und tief sitzende chronische Infektionen weniger häufiger geworden sind. Die durch den Gonokokkus hervorgerufenen Störungen allgemeiner Art sind sehr mannigfaltig und fast kein Organ oder Gewebe des Körpers bleibt von ihm verschont: außer den gewöhnlichen, durch direkte Ausdehnung der Infektion vorkommenden Veränderungen (Ampullitis, Vasitis, Epididymitis, Orchitis bei Männern, Vaginitis, Adenitis, Endometritis, Salpingitis u. s. f. bei Frauen, ferner Zystitis, Pyelitis, Nephritis) gibt es blennorrhoische Septikämie, Endokarditis, Arthritis, Synovitis, Pleuritis, Meningitis und lokalisierte Abszesse an fast jeder Stelle des Körpers. Eine der interessantesten Phasen der chronischen blonnorrhoischen Entzündungen ist das allgemeine Verschwinden des Gonokokkus und der häufige Ersatz desselben durch andere Bakterien, speziell den Streptokokkus, wie es besonders für die chronische Entzündung der Samenblasen nachgewiesen wurde. In zahlreichen Fällen, wo lange Jahre hindurch Patienten von schweren rheumatischen Gelenksaffektionen und myokarditischen Zuständen geplagt wurden, hat entsprechende Behandlung der Samenbläschen (Drainage) und Prostata genügt, um oft in wenigen Wochen wunderbare Heilresultate zu erzielen. Die Rolle auch der Prostata ist nach Y. Ansicht bei solchen lokalen und von ihr weitabgelegenen Infektionszuständen bis jetzt noch viel zu wenig gewürdigt worden; verschiedene seiner Fälle von Prostatahypertrophie waren mit Gelenks- und Herzstörungen verbunden und sehr rasch kamen letztere nach perinealer Prostatektomie und geeigneter Drainage zur Heilung. Der Wert vorliegender, sehr lesenswerter Abhandlung wird noch erhöht durch die einzelnen, der Praxis entnommenen Beispiele.

M. Stern-München.

Zur Organtherapie urosexueller und dermosexueller Störungen, von Max Marcuse. (Ther. d. Gegenw., Mai 1917.) In 25 Fällen von urosexuellen und in 5 Fällen von dermosexuellen Störungen hat M. im ganzen durchaus befriedigende Resultate erzielt mit dem von der Fabrik Wilhelm Ratterer in München hergestellten Hormin. Im Gegensatz zu anderen Organpräparaten nutzt es die wissenschaftliche Erkenntnis von dem „Consensus partium" aus, indem es sich auf die Feststellungen einer weitgehenden Abhängigkeit der Sexualphysiologie und -pathologie von noch anderen Blutdrüsen als nur den Keimdrüsen stützt. Auf Grund dieser Tatsache enthält das Hormin die Extrakte von Hoden, Samenblasen und Prostata bzw. von Corpus luteum und Mamma, ferner von Leber, Hypophysis, Pankreas und Schilddrüse. Auf die sonst übliche Hinzufügung von Adjuvantien, Yohimbin usw. ist verzichtet worden. Einige Patienten bemängelten die Bekömmlichkeit der Tabletten für den Magen, der Suppositorien für die Darmfunktion; im mittelbaren oder unmittelbaren Anschluß an die Injektionen wurden ausnahmsweise Störungen des Allgemeinbefindens, in einem Falle gleichzeitig regelmäßige Anschwellung der Schilddrüse beobachtet. In der weitaus großen Mehrzahl der Fälle wurde das Präparat ohne jede Nebenwirkung gut vertragen. Besonders gute Erfolge erzielte M. bei 3 Fällen von „Climacterium virile", 1 Fall von „Juvenilismus" von „frigiditas feminina" und einem Fall von Chlorose, Amenorrhoe, Defluvium capillitii. Diese Fälle sind in der Arbeit ausführlich mitgeteilt. Das Mittel wird in Form von Tabletten, Suppositorien und als subkutane Injektion abgegeben. Daß der Erfolg etwa nur suggestiv bedingt sei, schließt M. aus. Zu der Auffassung von Köhler, der die Wirkung der Organpräparate auf das Vorhandensein einer Aminosäure zurückführt, vermag M. nicht

Digitized by Google

Stellung zu nehmen. Köhler war zu diesem Resultat gelangt auf Grund seiner Erfahrungen bei der Behandlung der Amenorrhoe mittels der allerverschiedensten Organpräparate, die sämtlich gleich guten Erfolg brachten. E. Brinitzer-Altona.

Über die Antiseptika bei der Behandlung von Infektionen des Urogenitalsystems, von A. Ravogli-Cincinnati. (Am. J. of Surg., Jan. 1915.) Der Gebrauch von Antisepticis hat keinen Wert, wenn nicht gleichzeitig die Infektionsquelle beseitigt wird. Bei urogenitalen Affektionen wird dies durch Drainage, Massage, Spülungen usw. erreicht.
R. Frühwald-Leipzig.

Über die Wirkung eines Hormones des Corpus luteum auf männliche und weibliche Keimdrüsen, von Edmund Herrmann und Marianne Stein-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 25.) Die Versuche mit einem vom Verfasser hergestellten Präparate wurden an jungen Ratten und Kaninchen vorgenommen. Unter dem Einfluß der Injektionen blieb der Hoden im Wachstum etwa unter der halben Größe des Normalen zurück. Mikroskopisch zeigte er deutliche Merkmale der Entartung. H. Vörner-Leipzig.

Geschlecht, Geschlechtsleben und innere Sekretionen, von G. Marañon. (Rev. clin. de Madrid, 1915, Nr. 16.) Zu kurzem Referate nicht geeignet.
R. Frühwald-Leipzig.

Über vorzeitige Geschlechtsentwicklung, von Obmann. (D. m. W., 1916, Nr. 7.) O. berichtet über einen nicht ganz vier Jahre alten Knaben, der wegen einer Paraphimose ins Georgenkrankenhaus in Meiningen eingeliefert wurde. Er war 121 cm groß und wog ohne Kleidung 68 Pfund. Die Geschlechtsteile entsprachen in ihrer Entwicklung denen eines 16 bis 18jährigen Jünglings. Der Penis war in nicht erigiertem Zustande 8 cm lang; die Hoden kleinpflaumengroß. Reichlicher Haarwuchs am Mons pubis. In den Achselhöhlen und auf den Lippen kein Haarwuchs. Die Stimme tief wie bei einem Erwachsenen. In geistiger Beziehung war der Knabe seinen Altersgenossen nur um weniges voraus. Die vorzeitige Geschlechtsentwicklung, die Makrogenetosomia praecox, kommt bei Tumoren der Epiphyse, der Nebennierenrinde, zuweilen bei Ovarial- und Hodengeschwülsten vor. In vielen Fällen von vorzeitiger Geschlechtsentwicklung fiel die übermäßige Körperentwicklung schon bei der Geburt auf. Kussmaul hält sie für eine bereits intrauterin beginnende Abnormität. Für den von O. beschriebenen Fall trifft keine der erwähnten Theorien zu. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Druckfehlerberichtigung zur Arbeit Ullmann in Nr. 49, 1917:

auf S. 1084 Ohne Diagnose statt Eine Diagnose,
„ „ 1087 Zeile 20 einzufügen: von den nicht Gon. führenden vor Affektionen,
„ „ 1089 „ 5 Anfang einzufügen: oder vor darf oder,
„ „ 1092 „ 7 von unten Res.-Spit. 2 statt Res.-Spit. 102.

Die Jahresversammlung der American Dermatological Association fand am 24.—26. Mai 1917 in Cincinnati statt. Die nächste Versammlung findet in Philadelphia statt. Zum Vorsitzenden wurde Abner Post-Boston und zum Schriftführer Oliver S. Ormsby-Chicago gewählt.

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg wurde von der Hamburger Bürgerschaft in die Deputation für die Justizverwaltung (Abteilung Gefängniswesen) gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Januar 1918 | Nr. 3 | Band 66

Aus der Lupusheilstätte Hamburg.

2. Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luetischer Basis.

Von

Dr. P. Wichmann, leitendem Arzt.

Mit 2 Abbildungen.

B. Sch., 37jährige Näherin. 1904 Gonorrhoe in der Ehe erworben. 1912 Syphilis. Es wurden sieben antiluetische Kuren gemacht, die hauptsächlich in der Verabreichung von Hg bestanden. Im Laufe des Jahres 1913 stellte sich am Scheideneingang ein geschwüriger Prozeß ein. Es wurden drei Salvarsan-Injektionen, 21 Hg-Spritzen und 28 Einreibungen mit grauer Salbe vorgenommen. Infolge starker Mundentzündung wurde eine Zittmann-Kur an Stelle der Hg-Einreibungen verordnet. Eine gewisse Besserung am Unterleibe trat ein, dann erfolgte Stillstand der Beeinflussung. Daher wurden 24 Tuberkulin-Einspritzungen und lokale Bestrahlungen mit Blaulicht, zweimal täglich $^1/_2$ Stunde acht Wochen lang, angewandt. Hierauf trat eine Besserung der geschwürigen Prozesse ein. 1907 wurden beide Eierstöcke, 1912 der Blinddarm entfernt.

Eine Schwester leidet an Skrophulose und Kehlkopfschwindsucht. Patientin hat zwei Kinder, von denen eins kurz nach der Geburt gestorben ist, eins lebt und ist sehr kräftig.

Befund: 25. IX. 1916. Abgemagerte Patientin mit mäßigem Fettpolster. Es besteht eine leichte Verkrümmung der Wirbelsäule nach rechts. Am Leibe zahlreiche Schwangerschaftsnarben. Oberhalb der Scheidenöffnung befindet sich ein kraterförmiges, übelriechenden Eiter entleerendes Geschwür, welches an seiner äußeren Umrandung etwa die Größe eines Dreimarkstückes aufweist. Der Geschwürsgrund ist mit schwammigen Granulationen, die leicht bluten, besetzt. Er fühlt sich weich an, jedoch finden sich seitwärts einige härtere Zapfen, die zerklüftete Ulzerationen tragen und von der Seite her unregelmäßig gestaltet in das Geschwür hineinragen. Nach unten zu greift das Geschwür auf die Scheide über, bleibt aber hier mehr flach. In der Scheide selbst fühlt man an verschiedenen Stellen brettharte Zapfen, die gegen das Scheidenlumen vordringen und dasselbe an einzelnen Stellen fast gänzlich verlegen. Die Farbe der Geschwürsbildung ist eine lividrote, die Umgrenzung derselben nach unten links zu ist eine unregelmäßig gezackte. Oben rechts geht dieselbe in einen scharf abgegrenzten, wallartigen, festen Rand über (s. Fig. 1). Die Leistendrüse rechts stark geschwollen. Aus der Scheide entleert sich ein eitriger, übelriechender Fluor, der auch aus der Öffnung der Gebärmutter quillt. Die vaginale Untersuchung ist nur unter starker Blutung möglich, welche infolge Einreißens der zwischen den erwähnten Zapfen liegenden Ulzerationen und Schrunden herrührt.

Die inneren Organe ohne Besonderheiten. Urin (mit Katheter entnommen) frei von Eiweiß, Zucker und Sediment. Im Fluor, der aus der Gebärmutter entnommen wird, keine Gonokokken. Wassermann negativ.

Digitized by Google

Eine mit exzidiertem Material aus dem Vulvageschwür vorgenommene Impfung von Meerschweinchen hat bei mehrmaliger Ausführung stets den Tod der Tiere an Sepsis zur Folge.

Die vorgenommene Intrakutan-Reaktion mit $^1/_{10}$ mg Alt-Tuberkulin ergibt in Normalhaut +, in Krankheitsherd +. Ein Unterschied in der Stärke der Reaktion kann nicht wahrgenommen werden.

Eine Injektionskur mit Alt-Tuberkulin-Koch ergibt geringe Reaktion und wesentliche Besserung der Krankheitsherde, an denen leichte Überhäutungseffekte sichtbar werden und die teilweise zur Abheilung kommen.

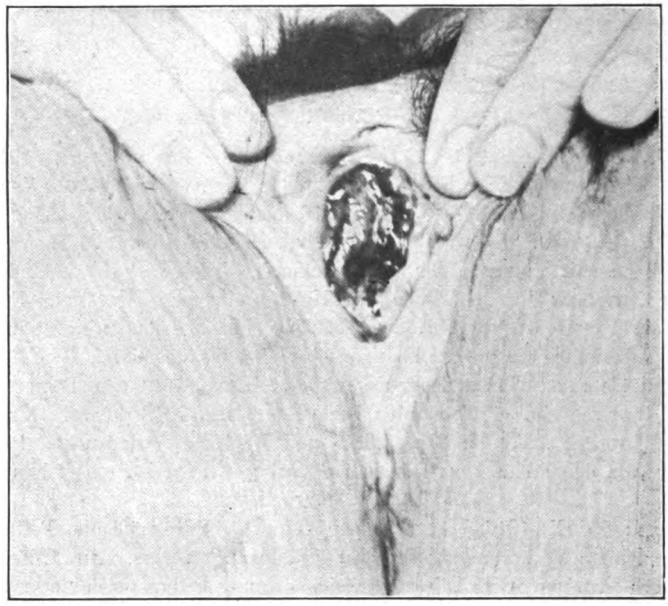


Fig. 1.

Eine kombinierte Verabreichung von Jodkali und Salvarsan (zwei Salvarsanspritzen, Dosierung 4, intravenös), sowie eine anschließende Injektionskur mit Hydragyrum salicylicum ergibt zunächst eine schnell eintretende deutliche Besserung, dann aber bleibt jede Beeinflussung aus.

Es wird eine intravenöse Injektionskur mit Goldpräparat 1423 der Höchster Farbwerke, dem Natriumsalz einer Aminoaurophenolkarbonsäure, eingeleitet. (43 Injektionen, Dosen von 0,05—0,1.) Es tritt eine deutliche Reaktion nach diesen Einspritzungen an den Geschwulstteilen ein, welche von einer so wesentlichen Besserung begleitet ist, daß die Geschwulst bis auf einen kaum einmarkstückgroßen Rest abheilt.

Eine Behandlung an der Urethralmündung mit Mesothorium, um das schnelle Weitergreifen des Prozesses hier aufzuhalten, bringt eine Abheilung der bestrahlten Partien zustande.

Die histologische Untersuchung (s. Fig. 2) der geschwürig zerfallenen Teile ergibt ein diffuses Granulationsgewebe, welches in der Hauptsache aus großen Plasmazellen besteht, zwischen welche poly-

Digitized by Google

nukleäre Leukozyten eingestreut sind. Eine stärkere konzentrische Ansammlung der Zellen um die maximal erweiterten Gefäße ist unverkennbar, an einzelnen Stellen sind innerhalb der Zellanhäufungen unfertige Riesenzellenbildungen zu finden. Im Geschwürsgrunde zeigen kleinere Gefäße deutliche Wucherungen an der Gefäßintima, kleinste erscheinen obliteriert. Die Epitheldecke fehlt. Das Ödem und die Emigration weißer Blutkörper aus den Gefäßen sind hochgradig. In den nichtgeschwürigen

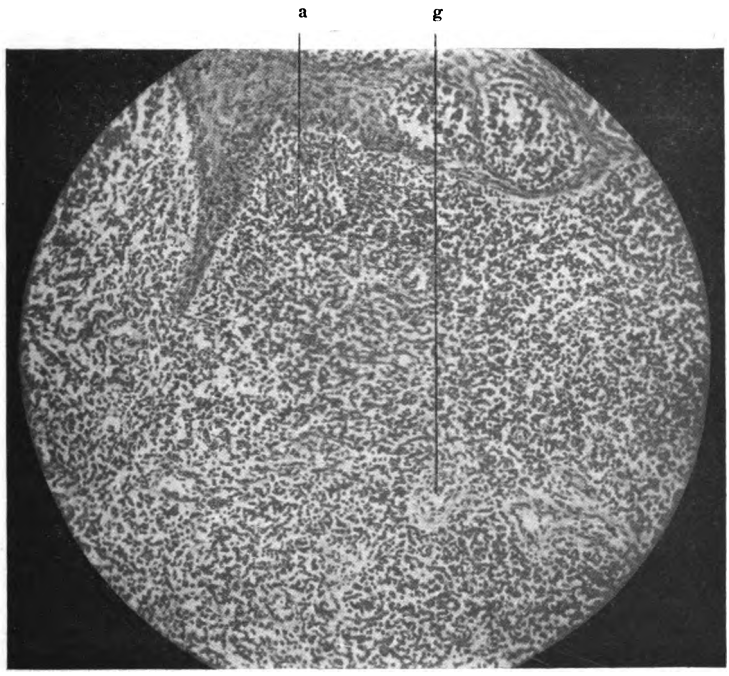


Fig. 2.
Zeiss apochrom. Ok. 4. Obj. 16. Hämatoxylin-Eosin.
Schnitt aus der Randzone des Geschwürs.
Das Epithel ödematös von polynukleären Leukozyten durchsetzt, welche stellenweise zu sehr starken Ansammlungen (a) im Stratum subpapillare angehäuft sind. Die Kutis ödematös von einem diffusen Infiltrat großer Plasmazellen, polynukleären Leukozyten und Lymphozyten eingenommen. An den Gefäßen (g) lebhafte Emigration und Wucherungsvorgänge an der Intima bemerkbar.

Partien erscheint das Epithel vielfach verdickt und mehr geradlinig gegen die Kutis begrenzt. In dieser fallen die parallel zur Oberfläche verlaufenden Bindegewebsbündel auf. Starke fibröse Umwandlung des Gewebes namentlich in den erwähnten Zapfen. In der Kutis an einzelnen Stellen begrenzte Infiltrate, die einen Kern aus Riesen- und Epithelioidzellen und eine Umscheidung von großen Plasmazellen mit spärlichen Lymphozyten erkennen lassen, jedoch sind die wenigen Epithelioidzellen außerordentlich dürftig entwickelt, und die Riesenzellen

Digitized by Google

zeigen nicht die ausgeprägte Ausbildung der LANGHANSschen Riesenzellen, sondern weisen einen mehr unfertigen Bau auf. Tuberkelbazillen oder Spirochäten können nicht nachgewiesen werden.

Patientin wird nach sieben Monaten in so weit gebessertem Zustand entlassen, daß die Geschwulst bis auf eine etwa fünfzigpfennigstückgroße, noch nicht überhäutete Geschwürstelle, die die Mündung der Urethra umfaßt, abgeheilt ist.

Epikrise: Der klinische Befund legt den Verdacht auf Tuberkulose oder Syphilis nahe, ohne jedoch eine Sicherheit zu bieten.

Die vergleichende Intrakutan-Reaktion mit Alt-Tuberkulin besagt hier bei gleichem Ausschlag in Normalhaut und Krankheitsherd nichts für die tuberkulöse Natur der Geschwulst, spricht natürlich auch nicht gegen Tuberkulose. Denn einmal ist die gleiche Dosierung, welche die Voraussetzung der richtigen Beurteilung ist, bei einem geschwürigen Herde gegenüber der geschlossenen normalen Haut schwer durchzuführen, indem ein Teil der injizierten Flüssigkeit aus dem zerfallenen Gewebe nach außen tritt und nicht zur Wirkung kommt. Sodann kann ein stärkerer Ausfall im Krankheitsherde dadurch verhindert werden, daß eine bestehende Mischinfektion die Antikörperproduktion herabsetzt. Eine Mischinfektion, wenn auch nur banaler Art, ist bei dem hier zerfallenen, eitrigen Tumor anzunehmen. Hieraus kann auch der schnelle Tod der Impftiere erklärt werden, welche sterben, ehe es zu einer Entwicklung einer Tuberkulose kommen kann.

Als beweisend für das Vorliegen einer Tuberkulose erscheint der Erfolg der spezifischen Therapie. Es ist niemals einwandfrei behauptet worden, daß nichttuberkulöse Affektionen auf Tuberkulin wesentlichen Rückgang und Abheilung erfahren. Wenig beweisend dagegen sind die geringen nach subkutanen Injektionen auftretenden Lokalreaktionen im Krankheitsherd. Es ist ja ohne weiteres verständlich, daß bei Personen, welche sicher Tuberkulose durchgemacht haben, deren Haut also auf Tuberkulin reaktionsfähig ist, solche nichttuberkulösen Dermatosen, die infolge größerer Gefäßentwicklung eine stärkere Durchblutung aufweisen, geringfügige Tuberkulinreaktionen nach subkutanen Tuberkulininjektionen zeigen können. Derartige geringe Reaktionen habe ich beispielsweise bei Akne vulgaris tuberkulöser Personen gesehen. Eine typisch ausgebildete Lokalreaktion nach subkutaner Injektion am anderen Orte wird natürlich immer für Tuberkulose des Krankheitsherdes sprechen. Wenn JADASSOHN nach Einreibung von Tuberkulinsalbe nach MORO in drei Fällen von Syphilis intensive Lokalreaktion der syphilitischen Krankheitsherde sah, ohne daß bei dem Patienten klinisch von Tuberkulose irgend etwas festzustellen war, so ist wohl anzunehmen, daß diese Personen, wie die meisten Menschen, mit Tuberkulose in Berührung gekommen sind und

Digitized by Google

die stärker vaskularisierten Herde, wie oben dargelegt, deutlich reagierten. Es lag nahe, bei unserem Falle durch eine subkutane Tuberkulininjektion eine Lokalreaktion in der Geschwulst herbeizuführen. Dabei hätte man aber, wie uns die Erfahrung bei geschwürigen Prozessen lehrte, eine sehr starke Dose anwenden müssen, und das erschien uns bei der sehr überempfindlichen Patientin aus naheliegenden Gründen zunächst nicht angezeigt. Konnte somit an dem Bestehen einer Tuberkulose infolge des Einflusses der Tuberkulintherapie kein Zweifel sein — eine Annahme, die noch durch die günstige Beeinflussung der Goldtherapie unterstützt wird —, so mußte der sicher beobachtete Einfluß der antiluetischen Therapie zu denken geben. Zwar muß nach der Literatur anerkannt werden, daß Quecksilber wie Jodkali eine günstige Einwirkung auf Hauttuberkulose haben können (ASSELBERG, GRÜNBERG, WOLTERS). JADASSOHN weist aber mit Recht darauf hin, daß in derartigen Fällen eine Kombination von Lues und Tuberkulose nicht von der Hand zu weisen ist. HERXHEIMER und ALTMANN haben bei Lupus vulgaris nach Salvarsan deutliche Heilwirkungen gesehen, jedoch sind diese Behandlungen mit Tuberkulin (!) kombiniert worden. Eine schnelle und deutliche Einwirkung des Salvarsans wird nach dem heutigen Stande des Wissens immer für Lues sprechen, und eine derartige Einwirkung war bei unserem Falle zu sehen.

Bestärken muß in dieser Hinsicht das histologische Bild: die Wucherungen der Gefäßintima, die Obliteration kleinerer Gefäße, das Vorwiegen der großen Plasmazellen, die die Gefäße mantelartig umgeben, die unfertigen Riesenzellenbildungen, endlich die Entwicklung des fibrösen Gewebes, welche Hand in Hand mit dem Fortschreiten des geschwürigen Prozesses geht — alle diese, für die Akuität der Entwicklung sprechenden Erscheinungen werden bei Tuberkulose wohl selten angetroffen.

Wir sind daher berechtigt, hier von einer Kombination von Tuberkulose und Lues zu sprechen. Es liegt sehr nahe, daran zu denken, daß die Infektion mit Tuberkulose sich auf dem Boden einer papulösen Lues angesiedelt hat. Da für eine absteigende Urogenitaltuberkulose keine Anhaltspunkte vorliegen, für die Annahme einer hämatogenen Entstehung keine Gründe ohne Zwang geltend gemacht werden können, so scheint hier die primäre Infektion von außen am wahrscheinlichsten. Wir sehen die Entwicklung der Infektionen trotz langen Bestandes auf die Schleimhaut beschränkt, die größere Immunität der Haut schützt diese vor dem Ergriffenwerden. Endlich ist angesichts der Häufigkeit der ulzerösen Genitaltuberkulose bei Prostituierten hervorzuheben, daß die Trägerin als der Prostitution angehörig im höchsten Grade verdächtig erscheint.

Digitized by Google

Über den Nachweis des Bakterienkerns.

Von

Dr. Josef Schumacher in Berlin.

(Schluß.)

e) Wodurch entsteht das Albargin-Pyrogallolbild der Bakterienkörnchen? Nukleinsäure oder Eiweiß?

Sehen wir, daß die Körnchen sich stark mit Albargin-Pyrogallol färben und erkennen wir, daß die Silber-Körnchenverbindung dieselben Eigenschaften zeigt wie seinerzeit die Silber-Nukleinverbindung der Leukozytenkerne und dieselben chemischen Reaktionen gibt wie seinerzeit das in vitro behandelte nukleinsaure Silber, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die hohe Argentophilie der Bakterienkörnchen einem Nukleinsäuregehalt dieser zuzuschreiben ist.

Erkennen wir so einen Nukleinsäuregehalt der Bakterienkörnchen, so müssen wir auch hier wieder ausschließen, daß die Albargin-Pyrogallolreaktion ihr Entstehen nicht etwa dem Eiweiß dieser Körnchen verdankt, dessen Anwesenheit oben durch makrochemische Methoden nachgewiesen wurde. Wir verfuhren dabei wieder wie früher bei den Leukozyten. Dort konnten wir durch fünfmalige Behandlung einer Leukozytenzelle mit Silbernitrat oder Albargin und Kochsalz den Leukozytenkern seines Nukleinsäuregehaltes fast völlig entkleiden, was wir daran erkennen konnten, daß eine sechste Albargin-Pyrogallolbehandlung kein Kernbild mehr gab. So auch hier. Eine fünfmalige Vorbehandlung mit Silbernitrat oder Albargin und Kochsalz gestattet auch bei den Bakterien nicht mehr, die beschriebenen nukleinsäurehaltigen Körnchen noch darzustellen. Färbt man aber die so behandelte Bakterienzelle mit basischen Farbstoffen nach, so färbt sie sich in toto wie die Leukozytenkerne nach wie vor intensiv. Würden die Körnchen aus reiner Nukleinsäure bestehen, so müßten sie nach dieser Behandlung als weiße Lücken erscheinen und müßten auch nach bloßem Aufkochen in Wasser verschwinden, da sich reine Nukleinsäure in heißem Wasser löst. Dies ist nicht der Fall. Aber wenn die Bakterien 5 Minuten lang mit 2%iger Salpeterlösung gekocht werden, wodurch bekanntlich die Nukleinsäure aus den Nukleoproteiden abgespalten wird, sind die Albargin-Pyrogallolkörnchen, wie zu erwarten war, ebenso wie bei den Leukozyten nicht mehr darstellbar, aber auch hier ist die Zelle bei Nachbehandlung mit Farbstoffen noch in toto gefärbt, ohne Lücken aufzuweisen.

Digitized by Google

Das Albargin-Pyrogallol-Bakterienkörnchenbild ist daher ein reines Nukleinsäurebild.

Nach den erhobenen Befunden kann es keinem Zweifel unterliegen, daß in den sich mit Albargin-Pyrogallol schwarz färbenden Bakterienkörnchen die wirklichen Kerne der Bakterien vorliegen. Dafür spricht erstens der erwiesene Nukleinsäure- und Eiweißgehalt. Wir sehen ferner, daß die Körnchen durch Lösungsmittel für Nukleoproteide aus den Zellen entfernt werden können, gerade wie die Kerne der tierischen Zellen, wenn auch etwas schwieriger als diese. Die Morphologie der Körnchen, ihre runde Gestalt, die kaffebohnenförmige Anordnung der Körnchenteilung, ihr Vorkommen zu drei und vier Exemplaren bei Weiterverteilung gerade in üppig wachsenden Kulturen und ihr spärliches Auftreten in älteren, bei gewöhnlicher Temperatur aufgehobenen Kulturen spricht weiter für die oben aufgestellte Behauptung. Betrachten wir eine Staphylokokkenkultur, die längere Zeit bei gewöhnlicher Temperatur gestanden hatte, so erkennt man mit der kombinierten Albargin-Pyrogallol-Pyroninfärbung fast nur Kokken mit einem einzigen exzentrisch gelegenen Körnchen. Hat sich diese Kultur aber bei 12 bis 24stündigem Verweilen im Brutschrank tüchtig vermehrt, und färbt man dann mit der Albargin-Pyrogallol-Pyroninmethode, so findet man neben Kokken mit einem Körnchen in dem rosa gefärbten Bakterienleib zahlreiche kaffeebohnenförmige, schwarzgefärbte Diplokokkenformen, d. h. Mitosen. Das gehäufte Auftreten und die starke Teilung der nukleinsäurehaltigen Körnchen bei Bruttemperatur spricht doch sehr für deren Natur als Kerne. Nicht zuletzt ihre große Affinität zu basischen und ihre geringe Verwandtschaft zu sauren Farbstoffen. Die makrochemische Darstellung von Bakteriennukleoproteiden, aus denen sich echte Nukleinbasen darstellen lassen und die stark phosphorsäurehaltig sind, erhärtet den Beweis, zumal man histochemisch alsdann zeigen kann, daß jetzt die Albargin-Pyrogallol-Bakterienkörnchen nach dieser Behandlung fehlen.

Die nächstliegende Frage ist nun die, wie verhält sich der Kokkus zum Methylgrün und den übrigen Nukleinsäurereagentien. Das soll im folgenden beantwortet werden.

f) Das Salvarsan-Albarginbild.

Haben wir oben nachgewiesen, daß die Bakterienkerne nukleinsäurehaltig sind, so mußten sie sich auch mit der Salvarsan-Albarginmethode darstellen lassen. Das ist in der Tat der Fall. Behandelt man jedoch ein Bakterienpräparat ohne Vorbehandlung gleich mit Salvarsannatrium-Albargin, so sind die winzigen Kerne zwar darstellbar, treten aber nicht be-

Digitized by Google

sonders schön hervor, da auch das Protoplasma einen nicht unerheblichen Teil Salvarsan bindet. Man kann sie aber prächtig darstellen, wenn man die Präparate vor der Salvarsan-Albarginbehandlung eine Stunde bei 37° mit destilliertem Wasser behandelt, worauf das Protoplasma etwas weniger Salvarsan bindet. Läßt man auf ein so vorbehandeltes Kokkenpräparat alsdann 5—10 Minuten lang eine 1%ige Salvarsannatriumlösung einwirken, die, wie früher beschrieben, bereitet werden muß, spült ab und bringt alsdann eine 1%ige, mit gewöhnlichem Wasser angesetzte Albarginlösung darauf, die man wieder unter Hin- und Herschaukeln des Objektträgers ungefähr eine Minute lang einwirken läßt, so erkennt man nach Abspülen und Trocknen, daß jetzt alle die mit Albargin-Pyrogallol darstellbaren Körnchen dunkelbraun zu sehen sind. Wieder erkennt man die exzentrische Lagerung des Kerns in den einzelnen Kokken, in manchen Bakterien wieder zwei und mehr Körnchen. Daß sich hier wirklich dieselben Substanzen mit Salvarsan-Albargin darstellen lassen, wie mit Albargin-Pyrogallol, erkennt man erstens an der Lagerung der Körnchen und zweitens daran, daß sie wieder alle Nukleoproteidreaktionen geben, Unlöslichkeit auch bei 24stündigem Verweilen in destilliertem Wasser, Löslichkeit bei Vorbehandlung mit Alkali.

g) Die Osmium- und Rutheniumchloridfärbung.

In früheren Arbeiten lernten wir das Osmium- und Rutheniumchlorid als Nukleinsäurereagentien kennen. Es war daher anzunehmen, daß die Bakterienkerne auch mit diesen Substanzen voraussichtlich darstellbar sind. Andererseits sahen wir aber bereits bei den Leukozyten im Gegensatz zu dem Albargin-Pyrogallolkernbild, wo Kern und Protoplasma durch große färberische Unterschiede schön differenziert sind, daß sich bei der Osmiumchlorid- und Rutheniumchloridmethode auch das Protoplasma stark mitfärbte und die Affinität der Schwermetallsalze zu den Eiweißkörpern hier infolge ihrer großen Eigenfarbe sich stärker bemerkbar machte als bei der indirekten Silber-Pyrogallolmethode. Bei der Kleinheit der Nukleinsäurekörnchen, die wir in dem obigen Bilde sahen, war es daher zum mindesten zweifelhaft, ob sie gegenüber der größeren Protoplasmamenge bei der Osmium- und Rutheniumchloridfärbung genügend hervortraten, um erkannt zu werden. Die winzigen Kerne gehen bei der Osmium- und Rutheniumchloridfärbung ebenso im Protoplasma unter, wie bei der Färbung mit gewöhnlichen Anilinfarben. Aus diesem Grunde sind sie auch nicht mit Methylgrün darstellbar, wie wir noch sehen werden. Behandelt man einen Kokkenausstrich 10 Minuten lang mit einer 2%igen Lösung von Osmiumchlorid oder einer ½%igen Lösung von Rutheniumchlorid, so erkennt man, daß alle Kokken sich hell-

Digitized by Google

braun bei dem Osmium, grau bei dem Ruthenium gefärbt haben. Einzelne, besonders große Kokken, auf die später noch besonders zurückgekommen wird, färben sich aber weit intensiver braun oder grauschwarz.

Sucht man die Präparate aber genauer ab, besonders unter Drehen der Mikrometerschraube, so gelingt es in einzelnen Exemplaren mitunter doch, den exzentrisch gelegenen Kern zu entdecken. Diese beiden Nukleinsäurereagentien eignen sich daher bei Bakterien mit kleinen Kernen, wozu der beschriebene Kokkus gehört, nicht zur Darstellung des Kerns. Wählt man jedoch einen Kokkus mit größeren Nukleinsäurekörnchen (Gonokokkus), so treten diese mit Osmiumchlorid und Rutheniumchlorid stark braun, resp. schwarz gefärbt hervor. Auch der Diphtheriebazillus ist dazu geeignet. Die Hefezelle tingiert ebenfalls ihr zierliches Nukleinsäureskelett gut mit Osmium und Ruthenium.

h) Das Methylgrünbild.

Bisher ist allgemein die Ansicht verbreitet, daß sich die Bakterien nicht mit Methylgrün färbten. Das ist bis zu einem gewissen Grade auch der Fall. Besonders alte Kulturen färben sich nicht mit diesem Farbstoff, da sie sehr nukleinsäurearm sind, wie ich mit der Albargin-Pyrogallolmethode fand. Wer aber einmal Gonokokken im Gonorrhoeeiter oder Diphtheriebazillen mit Körnchen mit Methylgrün behandelt hat, wird erstaunt sein, wie intensiv sich diese Mikroorganismen mit Methylgrün färben. Dem aufmerksamen Beobachter werden jedoch auch in sich schlecht mit Methylgrün färbenden Kulturen nicht einzelne Exemplare entgehen, die stärker das Methylgrün annehmen als die umgebenden Exemplare. Zur Methylgrünfärbung der Bakterien sind daher immer stets üppigst wachsende Kulturen zu verwenden. Färbt man einen Ausstrich einer solchen Kultur (24—48 Stunden alt) des beschriebenen Kokkus, so erkennt man schon makroskopisch, daß der Ausstrich Methylgrün angenommen hat. Mikroskopisch erkennt man die meisten Bakterien schwach methylgrün gefärbt, von diesen heben sich aber einige besonders große Exemplare als stärker methylgrün gefärbt hervor, die sich bereits, wie oben erwähnt, auch stärker mit Osmium- und Rutheniumchlorid gefärbt haben und die äußerst nukleinsäurehaltig sind, worauf gleich später noch zurückgekommen wird. Das Methylgrün verhält sich also wie das Osmium- und Rutheniumchlorid. Die winzigen Kerne sind der großen Protoplasmamasse wegen, das ebenfalls eine Affinität zu den Reagentien besitzt, zu wenig differenziert, um gesehen zu werden. Daß Bakterien mit großen Nukleinsäuremassen sich stark (Gonokokkus) und äußerst stark (Diphtheriebazillus mit Körnchen) mit Methylgrün färben, wurde schon erwähnt, auch die Hefezelle färbt sich gut mit Methylgrün.

Digitized by Google

i) Das Phosphinbild.

Aus denselben Gründen wie bei dem Osmium, Rutheniumchlorid- und dem Methylgrün sind die Kerne der Bakterien auch nicht mit Phosphin darzustellen, da sie eben in der den Kernen gegenüber großen gefärbten Protoplasmamasse untertauchen. Auch hier geben Gonokokken und Diphtheriebazillen gute Resultate.

Resümierend können wir uns dahin zusammenfassen, daß die beste Darstellungsmethode des Bakterienkerns die Albargin-Pyrogallolmethode ist, besonders in Kombinationen mit dünnen Farbstofflösungen, die Salvarsan-Albarginmethode für die Darstellung erst in zweiter Linie in Betracht kommt. Die übrigen Nukleinsäurereagentien differenzieren Kern und Protoplasma zu wenig, um zur Darstellung der Kerne Verwendung zu finden.

Bei Bakterien mit kleinen Kernen werden diese mit Osmium-, Ruthenium- und Methylgrün wohl darstellbar sein, sofern es uns gelingt, ein Lösungsmittel für das Bakterienprotoplasma ausfindig zu machen, das die Kerne verschont. Das ist mir bei manchen Bakterien, auch bei pathogenen, bereits gelungen, aber bei dem beschriebenen Kokkus war jede Mühe vergebens. Das Protoplasma dieser Bakterien ist chemischen Reagentien gegenüber unglaublich widerstandsfähig. Weder durch Wasser, noch durch Salzlösungen, auch beim Aufkochen nicht, weder durch Oxydationsmittel in der Hitze (konzentriertes Wasserstoffsuperoxyd, Ammoniumpersulfat, Chromsäure), noch durch Reduktionsmittel, noch durch Kochen mit verdünnten Säuren und verdünnten kohlensauren Alkalien ist es zur Lösung zu bringen. Nach wie vor färbt es sich intensiv mit Gentianaviolett. Nur sehr starke Alkalilaugen greifen es an, da diese aber auch die Nukleine lösen, kommen sie für den beabsichtigten Zweck nicht in Betracht.

k) Die Darstellung des Bakterienkerns mit Farbstoffen.

Da die starke Basophilie des Bakterienprotoplasmas die färberische Darstellung des kleinen Bakterienkerns nicht gestattet, aus denselben Gründen wie bei dem Methylgrün, dem Osmium und dem Ruthenium, und dieses allen Lösungsversuchen trotzt, so steht eine einfache Methode zur färberischen Darstellung des Bakterienkerns bei diesem Mikroorganismus noch aus. Dennoch gelingt es, den Bakterienkern mit einer gleich noch zu schildernden Methode färberisch darzustellen. Voraussetzung hierbei sind auch wieder frische, üppig wachsende Kulturen, 24 bis 48 Stunden alt. Zu bemerken ist, daß die Methode leider nicht immer zum Ziele führt, manche Kulturen geben ein prächtiges Kernbild, bei manchen Kulturen mißlingt der Versuch. Diese Inkonstanz des Auftretens des

Digitized by Google

Bildes ist damit zu erklären, daß sich mit der zu erwähnenden Methode chemisch ein ganz anderer Körper des Kerns färbt, als beispielsweise mit der wohlgemerkt konstant auftretenden Albargin-Pyrogallolmethode.

Behandelt man einen Bakterienausstrich 20 Minuten lang mit einer 0,1%igen essigsauren Lösung von Gentianaviolett (Gentianaviolett 0,1, Eisessig 5,0, Wasser ad 100), spült gut mit Wasser ab und bringt jetzt eine 1%ige wässerige Phosphinlösung darauf, die man wieder unter Hin- und Herschaukeln des Objektträgers 1—2 Minuten lang einwirken läßt, so erhält man bei richtig angefertigten Präparaten ein hübsches Bild. Man sieht in vielen Fällen das Protoplasma, das bei der Albargin-Pyrogallol-Pyroninmethode rosa gefärbt war, hier hellgelb gefärbt, und alle bei der erwähnten Methode schwarz gefärbten Körnchen hier tief violett tingiert. Auch hier liegt in den einzelnen Zellen der Kern wieder exzentrisch (siehe Fig. 2).

Die Technik dieser Methode ist nicht leicht. Es hängt alles davon ab, daß die Einwirkung des Phosphins rechtzeitig unterbrochen wird. Wirkt das Phosphin zu lange ein, dann sind alle Körnchen der violetten Farbe beraubt, und Bakterien erscheinen hellgelb, wirkt das Phosphin zu kurz ein, dann sind die ganzen Bakterien noch violett. Die optimale Einwirkungszeit des Phosphins liegt zwischen 1 und 2 Minuten. Jedenfalls gelang es uns sehr oft, die beschriebenen Bilder zu erhalten.

Sehen wir nun bei einem auf die beschriebene Weise gewonnenen, einwandfreien Bild an der Lagerung, daß sich die Kerne gefärbt haben, so müssen wir jetzt entscheiden, ob diese Färbung den Nukleinen der Kerne oder einem anderen chemischen Körper zuzuschreiben ist. Diese Frage entscheidet schon ein ganz einfacher Versuch. Stellt man nämlich einen Ausstrich einer Kultur, die mit Gentianaviolett-Phosphin Kerne darstellen läßt, über Nacht in destilliertes Wasser bei 37°, so ist die Gentianaviolett-Phosphinfärbung nicht mehr zu erzielen, woraus geschlossen werden kann, daß ein wasserlöslicher Körper die beschriebene Färbung verursacht. Nach wie vor sind an einem solchen Präparat die Nukleoproteide als wasserunlösliche Körper mit der Albargin-Pyrogallolmethode darstellbar.

Wir haben daher in dem beschriebenen Kokkus durch die erwähnten histochemischen Methoden bis jetzt mit Sicherheit drei chemische Körper nachgewiesen:

1. Das allen chemischen Reagentien widerstehende wasserunlösliche, mit allen basischen Farbstoffen darstellbare Protoplasma,
2. die wasserunlöslichen, alkalilöslichen, durch Kochen mit verdünnter Salpetersäure chemisch in Nukleinsäure und Eiweiß spaltbare

Digitized by Google

Nukleoproteide, die mit der Albargin-Pyrogallol- und Salvarsan-Albarginmethode darstellbar sind, und

3. eine wasserlösliche Kernsubstanz, die durch kombinierte Gentianaviolett-Phosphinfärbung darstellbar ist.

C. Morphologische Varietäten des beschriebenen Kokkus.

Der beschriebene Kokkus bietet der Befunde noch mehr. Betrachtet man aufmerksam einen mit gewöhnlichem Gentianaviolett gefärbten Ausstrich einer 48stündigen Kultur, so entgehen einem nicht einzelne Exemplare, die durch ihre besondere Größe sich von den umgebenden Exemplaren abheben. Meist liegen sie zu 4—5 Exemplaren hintereinander oder in ganzen Haufen beisammen. (Siehe schwarze Zellen der Fig. 1.) In 24stündigen Kulturen fehlen sie meist noch. Fahndet man in einem Albargin-Pyrogallolpräparat nach diesen großen Exemplaren, so findet man, daß sie pechschwarz, im Gegensatz zu den winzigen Körnchen tragenden Bakterien der Umgebung vollgepfropft mit schwarzen Körnchen sind. Wir hielten diese Nukleinsäureanhäufungen lange Zeit für Niederschläge. Betrachtet man ein solches Präparat nach dreimaliger Vorbehandlung mit Silbernitrat und Kochsalz, so ist der schwarze Inhalt dieser Exemplare ebenso verschwunden wie die Kerne der übrigen Bakterien, jedoch treten jetzt die Zellgrenzen stärker hervor, hervorgerufen durch eine Substanz, deren Silberverbindung also kochsalzunlöslich ist und daher keine Nukleinsäure sein kann. Wir erwähnten schon weiter oben, daß sich diese großen Exemplare auch mit Osmium-, Ruthenium-, Methylgrün und Phosphin stärker färben als ihre Umgebung.

Oxydiert man einen solchen Ausstrich heiß durch Aufkochen in konz. Wasserstoffsuperoxyd oder behandelt man ihn kurze Zeit (15 bis 25 Sekunden lang) mit 10%iger Sodalösung, oder 1 Stunde lang mit 1%iger Natronlauge und färbt mit 1%igem Gentianaviolett nach, so erhält man ein Bild, das Fig. 3 wiedergibt. Man erkennt lediglich nur in großen Kokkenexemplaren oft ein peripher gestelltes, relativ großes, violett gefärbtes Korn, das von einer absolut farblosen, weißen Zone umgeben ist, die sehr oft Halbmondform besitzt. Diese Zone ist oft durch einen schwach violett gefärbten Hof umsäumt. Wo zwei violett gefärbte Gebilde in einer Zelle einander gegenüberliegen und wo anscheinend Mitosen vorliegen, ist der Zwischenraum zwischen beiden Bestandteilen weiß geworden, und die Körner erscheinen stark lichtbrechend. Betrachtet man, nachdem man dieses Bild im Kopfe hat, daraufhin ein Albargin-Pyrogallolpräparat, so erkennt man neben gänzlich mit schwarzen Körnchen vollgepfropften großen Exemplaren einzelne, in denen

Digitized by Google

die pechschwarze Farbe halbmondförmig einen weißen, runden Körper umgeben.

Bei der beschriebenen Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd oder Alkali zeigen nur die großen Exemplare eine Veränderung, während die gewöhnlichen Kokken unverändert mit Gentianaviolett in toto gefärbt erscheinen. Eine Verunreinigung der Kultur liegt nicht vor, da wir den Befund konstant erheben konnten, oft in einer älteren Kultur, die vorher nur 24 Stunden alt den Befund noch nicht gab. Die nach der Behandlung der Ausstriche mit Alkali oder durch Oxydationsmittel als weiß hervortretenden, meist halbmondförmigen Gebilde enthalten mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit reine ungebundene Nukleinsäure, wofür ihre außerordentlich hohe Affinität für Silber spricht, sowie ihre leichte Löslichkeit in Alkalien und vor allem ihre außerordentlich leichte Oxydierbarkeit. Auch in einem Leukozytenpräparat können wir durch Oxydation langsamer oder rascher, je nach der Konzentration, durch Oxydationsmittel das Albargin-Pyrogallolkernbild zum Verschwinden bringen, d. h. die Nukleinsäure chemisch zerstören, worauf wir noch zurückkommen. Für die Nukleinsäurenatur der halbmondförmigen Gebilde spricht ferner die Unmöglichkeit der Darstellung mit Albargin-Pyrogallol nach dreimaliger Vorbehandlung mit Silbernitrat und Kochsalz, sowie ihre starke Affinität zu Osmium, Ruthenium, Methylgrün und Phosphin. Bewiesen wird die Anwesenheit von reiner Nukleinsäure in den Halbmonden dadurch, daß einfaches Aufkochen in Wasser bewirkt, daß jetzt in den großen Zellen keine Vollpfropfung mit schwarzen Körnchen mehr zu sehen ist und sich diese Zellen lediglich durch eine starke hellgelbe Farbe verraten, während die Kerne als Nukleoproteide, als Nukleinsäure-Eiweißverbindung nach wie vor bei einfachem Aufkochen in Wasser erhalten sind. Aus diesen wird die Nukleinsäure erst abgespalten durch Kochen in 2%iger Salpetersäure. Reine Nukleinsäure löst sich aber in Wasser in der Siedehitze leicht.

Die biologische Bedeutung dieser morphologischen Varietät ist noch unklar.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Einige Bemerkungen zu Begriff und Definition des Hermaphroditismus, von Jaroslav Krizenecky-Prag. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50, Nr. 1—2.) Die einzige, vom allgemein biologischen Standpunkte aus mögliche Definition des Hermaphroditismus verus ist die folgende: Unter Hermaphroditismus verus ist Produktion beidergeschlechtlicher Gameten in einem und demselben Individuum zu verstehen. Nur diese Produktion von beidergeschlechtlichen Gameten als ein Vorgang mit allen seinen Stadien ist bei der Auffassung des Hermaphroditismus in Betracht zu ziehen. Alles andere dann, ob nämlich diese Produktion in einer gemeinsamen oder in zwei voneinander getrennten und sexuell anatomisch-morphologisch differenten Keimdrüsen stattfindet, ist für die allgemeine Determination des Hermaphroditismus als solchen von keiner Bedeutung. Diese Auffassung des Hermaphroditismus ermöglicht auch eine gemeinsame Betrachtung aller bisher bekannten Hermaphroditismusfälle, sowohl bei Tieren als auch beim Menschen.

O. Gans-Karlsruhe.

Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis beim Menschen, von A. Kleinknecht-Mülhausen i. Els. (Beitr. z. kl. Chir., 1916, Bd. 102, H. 2.) Nach der bestimmten Definition des wahren Hermaphroditismus, wonach der Schwerpunkt der Definition allein in der Mischung der germinalen Geschlechtscharaktere, in der Kombination männlicher und weiblicher Geschlechtsdrüsen, aber weder in der besonderen Anordnung noch in der kontemporären Reifung oder Funktion der Keimzellen liegt, beschreibt der Verfasser eingehend einen der seltensten Fälle des bisher beim Menschen noch nie beobachteten Hermaphroditismus verus bilateralis. Zahlreiche histologische Bilder bestätigen seinen Befund. Der interessante Fall ist im Original nachzulesen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Selbstzerklüftung eines Nierensteines, von C. Adrian-Straßburg. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1916, Bd. 102, H. 2.) In einer operierten Steinniere findet der Verfasser einen größeren Stein und zwei kleinere, welche nach ihrer Form und Farbe zusammengehört haben und in vivo auseinandergesprengt waren. Der eine Stein ist tellerförmig ausgehöhlt, während der andere in einem anderen Hohlraum gelegen kuppelartig erhoben ist. Eine an beiden Steinen sichtbare, schalenförmige Absprengung einer Randpartie, die von einem Fragment auf das andere übergehende Farbennuancierung, ferner eine ganz ausgeprägte, von einem Bruchstück zum anderen herüberziehende kammartige Leiste sprechen für die Zusammengehörigkeit beider Fragmente. Mikroskopisch besteht die beide Nierenfragmente trennende Leiste aus demselben Gewebe wie die Umgebung. Aus dem Vorhandensein dieser trennenden Leiste ergibt sich mit Sicherheit, daß der Bruch des Steines vor der Operation und vor der Exstirpation der Niere innerhalb derselben erfolgt ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus, von P. Möller. (Hospitalstidende, 1917, Nr. 23.) Kurz zusammengefaßt bieten die Genitalien das Bild eines männlichen Pseudohermaphroditus masculinus completus dar, indem die äußeren Geschlechtsteile gewiß teilweise den normalen männlichen ähneln, sich aber doch durch die Spaltung des Hodensacks in zwei „Labien", durch die Hypospadie, den Kryptorchismus und die Begrenzung der Behaarung stark dem weiblichen Typus nähern, während die inneren Organe eine verhältnismäßig hohe Entwicklung der von den Müllerschen Gängen entstandenen Kanäle zeigen: Tubae, Uterus und Vagina, nebenbei männliche Geschlechtsdrüse und Rudimente der männlichen Ausfuhrkanäle. Daß die Vorsteher-

Digitized by Google

drüse rudimentär entwickelt ist, entspricht der früher häufig gemachten Beobachtung, daß sie im Bezug auf die Entwicklung den äußeren Genitalien folgt.

W. Holland-Kristiania.

Ein Fall von komplettem Pseudohermaphroditismus masculinus, von Paul Möller-Kopenhagen. (V. A., 1917, Bd. 223, H. 3.) Eingehende Schilderung der makroskopischen und mikroskopischen Verhältnisse bei einem der seltenen Fälle in Pseudohermaphroditismus masculinus completus. Die Organe stammen von einer 49jährigen Dienstmagd, die nie menstruiert hatte. Die äußeren Geschlechtsteile gleichen zwar zum Teil den normalen männlichen, nähern sich aber doch durch die Spaltung des Skrotums in zwei „Labia", die Hypospadie, den Kryptorchismus und die Begrenzung der Behaarung stark an den weiblichen Typus, derweil die Genitalia interna eine verhältnismäßig hohe Entwicklung der von den Müllerschen Gängen entstandenen Kanäle: Tubae, Uterus, Vagina, zugleich mit dem Vorhandensein einer männlichen Geschlechtsdrüse und rudimentären männlichen Ausführungskanälen (Epididymis oder Epoophoron und Ductus ejaculatorius) aufweisen. O. Gans-Karlsruhe.

Hypernephrom — Hypergenitalismus, von A. A. Hijmans van den Bergh. (Nederlandsch Tijdsch. voor Geneesk., 1915, Nr. 20.) Mitteilung eines Falles von linksseitigem Hypernephrom mit Hypergenitalismus bei einem 3jährigen Kinde. Es waren die äußeren Geschlechtsorgane sehr groß, die Stimme entsprach einem tiefen Alt, die Sprache war träge. In einer Tabelle werden in übersichtlicher Weise 17 analoge Beobachtungen von Hypergenitalismus nur bei Hypernephrom (fast stets linksseitig merkwürdigerweise) angeführt. Ref. vermißt leider eine Illustration des Falles, durch den die Schilderung des Verf. zweifellos sehr an Klarheit gewonnen hätte.

K. Boas-Rostock.

Über Geschlechtsdrüsenausfall mit neuer Kasuistik, von Magnus Hirschfeld-Berlin. (Neurol. Zbl., 1916, Bd. 35, H. 8—9.) Die Folge mangelnder Geschlechtsdrüsenentwicklung ist der Fortfall der äußeren und inneren Sekretion; das erstere bedingt Sterilität, das letztere den Ausfall oder die abnorme Gestaltung zahlreicher Geschlechtsmerkmale; denn diese Gestaltung hängt offenbar von dem Vorhandensein einer chemischen Substanz ab, die in den Zellen der Geschlechtsdrüsen entsteht und von hier aus dem Blute beigemischt wird. Hirschfeld unterscheidet nun bei den Anandriden zwei in ihren Merkmalen verschiedene Typen: den Exzeßtypus und den Defekttypus oder infantilen Typus, zwischen denen es Mischformen gibt, und er bringt für beide Typen sehr interessante, ausführlich geschilderte Beispiele. Von dem angeborenen Geschlechtsdrüsenausfall zu trennen ist der erworbene oder richtiger der künstlich durch Kastration herbeigeführte. Hirschfeld schildert, wie die Kastration — er nennt sie „wohl die älteste Operation, die von Menschen an Menschen und Tieren vorgenommen wurde" — zuerst als Strafe in Betracht kam, aber nach den Erfahrungen, die man mit kastrierten Menschen und Tieren gemacht hatte, bald aus anderen Motiven vorgenommen wurde. Die Tiere gewannen nach Verlust der Keimstöcke an Fettreichtum, Schmackhaftigkeit und Geduld, sie wurden gute Mast- und Lasttiere. Bei den Menschen waren andere Beweggründe maßgebend. Man schuf sich Eunuchen als Vertrauensmänner und gute Sänger. Es wurden noch im 18. Jahrhundert in den Kirchenstaaten jährlich 2000 Kinder kastriert. Jetzt geschieht in Europa und Amerika die Kastration nur zu Heilzwecken (Neubildungen, Tuberkulose, Prostatahypertrophie der Männer, Osteomalakie der Frauen).

An zwei instruktiven Beispielen zeigt Hirschfeld den Zusammenhang zwischen der Funktion der Geschlechtsdrüsen und allen übrigen körperlichen und seelischen Geschlechtscharakteren; hier näher darauf einzugehen, wie sich Kastraten entwickelt haben, ist leider nicht möglich, doch bietet die Lektüre der Beobachtungen sehr viel Interessantes.

Digitized by Google

In den beschriebenen Fällen war es gelungen, durch die Entfernung der Geschlechtsdrüsen den Geschlechtstrieb herabzusetzen resp. zum Verschwinden zu bringen, jedoch ist das nach verbürgten Mitteilungen speziell türkischer Ärzte nicht immer der Fall. Es liegen zuverlässige Nachrichten über geschlechtliche Exzesse bei Kastraten vor. Die Erklärung hierfür liegt darin, daß in solchen Fällen noch irgendwo im Körper verstecktes Hodenparenchym vorhanden ist, und daß vor allem die im Blute kreisende und die Gehirnzellen speisende Substanz nicht ausschließlich aus den Hodenzellen stammt. Es kommen für die Erzeugung dieser Substanz noch in Betracht: 1. Die Drüsen, deren Sekret eine stete Komponente des Spermas ist, d. h. Prostata, Cowpersche Drüsen und Samenbläschen. 2. Die Sekrete der Schilddrüse, Thymus und Hypophyse; es handelt sich bei der chemischen Substanz, die auf die Sexualzentren reizend wirkt, anscheinend um eine sehr komplizierte. Je früher die Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen zum Ausfall gebracht wird, desto deutlicher sind die seelischen und körperlichen Folgen, und desto mehr nähert sich die künstliche Aplasie der angeborenen. O. Lasch-Breslau.

Ketzergedanken über Homosexualität, von I. Sadger. (Arch. f. Kriminalanthropol. u. Kriminalistik, 1914, Bd. 59, H. 3 u. 4.) Verf. stellt sich in einer Reihe von Punkten in Gegensatz zu den Ansichten von Magnus Hirschfeld, die dieser in seinem neuesten Werke über männliche und weibliche Homosexualität vertreten hat. Verf. betont vor allem, daß die Homosexualität keine angeborene Triebrichtung darstellt, sondern auf einer krankhaften Fixierung der Libido am eigenen Geschlecht beruht. Verf. wendet sich weiterhin gegen die von Hirschfeld in die sexologische Nomenklatur eingeführten Begriffe der „digitationes" und der „Adaptionstherapie". Auch mit Hirschfelds Vorschlägen zur Bekämpfung der homosexuellen jugendlichen Prostituierten kann Verf. sich nicht befreunden. Er verlangt die Schaffung eines ziemlich hohen Schutzalters für Jünglinge (bis zum 17. Lebensjahre). Ohne dieses wird sich keine Milderung oder Aufhebung des Urningparagraphen durchsetzen lassen. Höchstens könnte der gesetzliche Schutz für diejenigen ausgeschlossen werden, die sich gewerbsmäßig prostituieren oder schon als Erpresser hervorgetan haben. K. Boas-Rostock.

Weitere Erfahrungen über Organotherapie bei Erkrankungen der Sexualorgane, speziell bei Prostatismus, von Karo. (Ther. d. Gegenw., April 1916.) Im Gegensatz zu Lichtenstern (Zschr. f. Urol., 1916, Nr. 1) betont K. nachdrücklichst den günstigen Einfluß der Organotherapie bei nervösen Sexualleiden, speziell bei Prostatismus, dessen Symptomenbild sich durch häufige Tenesmen, Dysurie, bei klarem Urin charakterisiert. Das Krankheitsbild kann viele Jahre bestehen, ohne daß sich aus ihm eine Prostatahypertrophie entwickelt. Am besten haben sich K. Testikulininjektionen, die er auch mit gutem Erfolge bei nervösen Sexualleiden der Frau angewandt hat, bewährt. E. Brinitzer-Altona.

Perkaglyzerin in der Urologie, von C. Posner. (B. kl. W., 1916, Nr. 21.) Verf. hat bei Prüfung des Präparats gefunden, daß es allen an Gleitmittel für urologische Instrumente zu stellenden Anforderungen, Schlüpfrigkeit, Sterilisierbarkeit, Reizlosigkeit, Wasserlöslichkeit, entspricht und an die Stelle des Glyzerins gesetzt werden kann, am besten in der von Joseph angegebenen Form als Creme: Perkagl. 20,0, Tragac. 3,0, Aq. ad. 100,0, da es in unverdünntem Zustande eine stärkere Reizwirkung ausübt als Glyzerin, E. Klemm-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. Januar 1918 | Nr. 4 | Band 66

Aus dem Bezirksspitale in Ključ, Bosnien.

Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung.

(Mit Benutzung amtlicher Quellen.)

Von

Bezirksarzt Dr. Victor L. Neumayer, Spitalsleiter.

Wie bereits in einer früheren Arbeit (1) mitgeteilt wurde, erfreut sich Bosnien seit ungefähr 10 Jahren einer von Amts wegen und auf Landeskosten durchgeführten, planmäßigen Syphilistilgung. In einigen Bezirken setzte diese segensreiche Tätigkeit früher ein, in anderen später. Bosnien genießt also bereits seit längerer Zeit einen Segen, welchen auch anderen Ländern zuteil werden zu lassen bereits an manchen Orten und vielfach zur Erörterung stand. Leider scheiterte die Einführung einer solchen planmäßigen Syphilistilgung andernorts bisher noch immer an verschiedenen Vorurteilen und Zimperlichkeiten; während man nämlich hierzulande in Gesellschaft von der Syphilis sprechen kann wie von einer anderen Volkskrankheit, haftet ihr leider außerhalb Bosniens etwas Anrüchiges an, und würde von ihr zu sprechen eine schwere Verletzung des guten Tones vorstellen. Laßt uns erst damit brechen, und die staatliche Bekämpfung dieser Volksseuche, die man schon so oft, aber leider bisher immer vergeblich anstrebte, wird sich viel leichter in die Wege leiten lassen. Hoffen wir, daß eine Zeit, die so tieffassende Eingriffe, wie die Brotkarte brachte, auch diesen Vorurteilen gegenüber sich genügend stark erweist.

Wie wird nun hierzulande diese amtliche Syphilistilgung gehandhabt?

Obzwar der eingeschlagene Weg bereits a. a. O. kurz geschildert wurde, muß das dort Gesagte doch auch hier wiederholt und etwas weiter ausgeführt werden.

Die bosnische Syphilistilgung vollzieht sich folgendermaßen:

Einmal im Jahre — in meinem Bezirke wurde 1908 damit begonnen — wird die ganze Bevölkerung aller jener Ortschaften, in denen im Verlaufe der beiden vorvergangenen Jahre frische Syphilisfälle zur ärztlichen Beobachtung kamen, planmäßig auf das Vorhandensein von Syphilisfällen untersucht. Diese Untersuchung wird an einem vorher an-

Digitized by Google

gesagten Tage und an einem vorher bestimmten Orte vorgenommen und hat dazu die ganze Bevölkerung, soweit sie nicht aus erwachsenen weiblichen Personen muslimanischen Glaubens besteht, zu erscheinen. Diese letzteren sind von einer Untersuchung durch den männlichen Arzt aus Glaubensgründen ausgenommen und werden zu einer anderen Zeit entweder durch einen weiblichen Arzt oder durch eine entsprechend eingeschulte weibliche Laienhilfskraft „durchforscht", wie der Ausdruck dafür lautet. Der Untersuchungsort befindet sich in der Regel im Orte selbst und nur bei besonders kleinen Ortschaften werden einige Dörfer auf einen Sammelplatz bestellt. In größeren Ortschaften werden dafür wieder mehr als ein Sammelplatz bestimmt. Der Amtsarzt bzw. die Ärztin oder Laienhilfskraft wird zum Zwecke dieser Untersuchung eigens entsendet und dafür besonders entschädigt.

Die Art der Untersuchung selbst ist dadurch außerordentlich vereinfacht, daß die hierländische Syphilis im wesentlichen eine außergeschlechtlich übertragene ist und ihre Erscheinungen sich mit Vorliebe auf die sichtbaren Häute und Schleimhäute beschränken. Diese werden daher auch untersucht. Außerdem werden die Hals- und Nackendrüsen abgetastet, in verdächtigen Fällen auch die Ellbogendrüse. Endlich werden die Leute gefragt, ob sie irgend welchen Ausschlag oder dergleichen am Leibe haben. Machen sie solche Angaben, oder ist sonst ein Verdachtsgrund auf Syphilis vorhanden, so werden die betreffenden Personen auch noch an anderen Körperstellen untersucht. Die Zahl der solchermaßen an einem Tage zu „durchforschenden" Leute ist mit ungefähr 400 festgesetzt, eine Zahl, die sich bei einiger Übung des Arztes und der zu Untersuchenden unschwer und mit ausreichender Genauigkeit erledigen läßt. Man sieht also bereits aus dem Gesagten, daß hierzulande eine solche planmäßige Arbeit schon durch die Erkrankungsformen wesentlich erleichtert ist, was leider von einer ähnlichen Einführung außerhalb Bosnien nicht gesagt werden könnte. Dafür aber hätte man dort mit der höheren Bildung und dem eigenen Interesse der Bevölkerung zu rechnen, was wohl teilweise einen Ausgleich für das Fehlen dieser günstigen Umstände abgeben würde.

Die gelegentlich dieser „Durchforschung" nun gefundenen Fälle werden selbstverständlich der raschesten Behandlung zugeführt. Die Behandlung selbst bestand in den ersten Jahren aus einer Quecksilberschmierkur, zu welchem Zwecke die Kranken in das Bezirksspital aufgenommen wurden, oder in einer innerlichen Behandlung mit Protojoduretpastillen. Ungefähr im Jahre 1911 setzte dann die Behandlung mit Salvarsan ein, worüber bereits anderen Ortes berichtet wurde (1, 2). Hier sei nur so viel gesagt, daß wir hier zur Zeit der größten Häufigkeit

Digitized by Google

die Salvarsanbehandlung muskelinn draußen im Dorfe selbst, oft unter den allerursprünglichsten Verhältnissen, die uns nicht einmal einen Tisch zur Verfügung stellten, mit bestem Erfolge durchführten. Der Kochapparat stand am gestampften Estrich, der Kranke kniete auf einem alten Gebetsteppiche.

Die Behandlung selbst, sei es im Krankenhause, sei es ambulatorisch, ist im ganzen Lande vollkommen unentgeltlich, und stellt die Landesregierung auch die nötigen Heilmittel auf ihre Kosten bei. Es braucht wohl nicht erst gesagt zu werden, daß die für diesen dem Volkswohle ungeheuer nützlichen Zweck aufgewendeten Summen bis heute schon in die Millionen gehen. Welcher Staat, welches Land hat Ähnliches aufzuweisen?

Alle bei dieser Durchforschung ermittelten Krankheitsfälle werden in ein „Syphilisstandesbuch" eingetragen und laufend geführt. In den ersten Jahren wurden nun diese Kranken alle 14 Tage amtsärztlich untersucht, zu welchem Zwecke der Amtsarzt in die betreffenden Orte entsendet wurde. Auch das geschieht natürlich auf Landeskosten. Man kann wohl mit Stolz behaupten, daß sich Bosnien dergestallt, wie überhaupt auch in verschiedenen anderen Fragen der Hygiene und öffentlichen Gesundheitspflege an die Spitze unserer Länder gestellt hat. Daß diese Syphilistilgung auch an die Ärzte oft recht, recht schwere Anforderungen stellt, braucht nicht besonders erwähnt zu werden.

Als dann nach einigen Jahren die Zahl der Syphilisfälle unter dieser tatkräftigen staatlichen Arbeit zurückging, fanden diese Untersuchungen nur noch allmonatlich statt. Mit dem weiteren Rückgange der Lues konnten diese Tilgungsreisen auch noch weiter eingeschränkt werden. Jedenfalls aber blieb und bleibt jeder ermittelte Kranke fünf Jahre in ärztlicher Beobachtung, und erst wenn er diese fünf Jahre klinisch rückfallsfrei geblieben ist, wird er als gesund entlassen. Kranke, welche schon das zweite Jahr erscheinungsfrei sind, werden nur noch alle zwei Monate, drei Jahre erscheinungsfreie alle drei Monate usw. ärztlich untersucht.

Durchforschung und Behandlung sind zwangsweise und müssen es sein. Wer nicht am Sammelplatze erscheint, wird in die Bezirksstadt vorgeladen, so daß also die Leute sich von der Untersuchung und Behandlung in keiner Weise drücken können.

Wie schon andernorts mitgeteilt, gab es natürlich anfangs Widerstände zu überwinden; mit der Zeit aber fielen diese weg, was namentlich seit allgemeiner Durchführung der Salvarsanbehandlung festzustellen ist. Ja, ich konnte berichten, daß sich seit einiger Zeit die Bevölkerung geradezu zur Salvarsanbehandlung drängt und alle möglichen Leiden auch dem „frenjak" oder der „franica", wie man hierzulande die

Digitized by Google

Syphilis heißt, in die Schuhe schiebt und nur allzuoft schwer von der Unrichtigkeit ihrer Ansicht zu überzeugen und auch ohne Salvarsanbehandlung zu beruhigen ist. In dieser Erscheinung liegt auch, namentlich für den, der unsere mißtrauische Bevölkerung kennt, die in allen Dingen noch außerordentlich einem Kinde ähnelt, das erst erzogen werden muß, eine wirklich herzerquickende und erfrischende innere Belohnung für all die Mühen und Strapazen, welche diese Syphilistilgung unerbittlich vom Arzte fordert.

Wie nun der Stand der Syphilis zu Beginn dieser „Tilgungsaktion", wie der amtliche Ausdruck lautet, war, konnte ich an der Hand amtlicher Ausweise in meiner ersten Arbeit berichten, auf die hiermit verwiesen sei. Ebenso möge man, um sich die erzielten Erfolge namentlich seit strenger Durchführung der Salvarsanbehandlung klar zu machen, die dort gegebenen Tabellen, welche fast durchwegs amtliche Ausweise darstellen, zur Hand nehmen.

Der Zweck dieser vorliegenden Mitteilung ist nun der, einen Überblick über die mannigfaltigen Beobachtungen und zusammengetragenen Daten zu geben, welche die abgelaufene Zeit von rund 10 Jahren lieferte. Ist doch das mir zur Verfügung stehende Material zufolge der beschriebenen und wohl einzig dastehenden Art planmäßigen Vorgehens ein solches, das nicht überall zu haben sein dürfte. Leider ist mir in meiner Einsamkeit das einschlägige Schrifttum nicht zugänglich, und muß ich mich daher auf wenige Urarbeiten und die in diesen enthaltenen Angaben aus anderen Quellen beschränken, was man mir, auch wenn es den Wert meiner Mitteilung verringern muß, zugute halten möge. Diese Bitte richte ich namentlich an jene Fachmänner, deren Beiträge und Leistungen unerwähnt bleiben sollten. Ein volles und erschöpfendes Eingehen auf alles Einschlägige schriftlich Niedergelegte dürfte übrigens auch schon wegen der Knappheit der Zeit, die mir der anstrengende und vielseitige, in diesen Kriegszeiten natürlich noch schwerere Dienst eines bosnischen Bezirksarztes läßt, unmöglich sein. Zur Beleuchtung dieser Schwierigkeiten sei nur darauf hingewiesen, daß ich als einziger Arzt für einen Bezirk von 32000 Menschen bestellt bin und daß das meiner Leitung anvertraute Bezirksspital für die Bedürfnisse des eigenen und noch zweier anderer Bezirke aufkommen muß.

Wie SICHELSTIEL (3) sagt, sind es vorzüglich einige Fragen in der Syphilislehre, die von Interesse sind. 1. Welches ist das fernere Schicksal der Syphilitiker? 2. Wie viele gehen an den Folgen ihrer Krankheit zugrunde? 3. Wie viele bleiben von den im Gefolge der Syphilis auftretenden Nervenkrankheiten verschont? 4. Wie viele bekommen solche? 5. Wie steht es mit der Nachkommenschaft? 6. Was wird aus derselben?

Digitized by Google

Nach der Einrichtung der hierländischen Syphilistilgungsaktion, weshalb diese auch geschildert werden mußte, ist es nun möglich, eine größere Zahl von Syphilitikern über längere Zeit hin zu beobachten. Unser Material dürfte daher geeignet sein, zur Beantwortung obiger Fragen einiges beizutragen.

Auf die dritte und vierte Frage konnte ich bereits in einer früheren Arbeit (2) eingehen und mich dahin aussprechen, daß Tabes hierzulande zu den äußersten Seltenheiten gehört, daß Paralyse mir in bald neunjähriger Tätigkeit überhaupt nicht unter die Augen kam und daß Hirnlues recht selten gefunden wird. Woran der Grund dieser Erscheinungen nach meiner Ansicht vielleicht gelegen sein kann, wurde gleichfalls a. a. O. ausgeführt.

BLASCHKO (8) sagt S. 153: „Die sogenannten Neuropathen, die hereditär belasteten, aus psychopathischen Familien stammenden Menschen sind es in der Regel nicht, wenn sie eine Syphilis requirieren, eine besondere Prädisposition zur Paralyse und Tabes zeigen." Vielleicht gibt auch dies einen Schlüssel dazu, warum hierzulande die erwähnten Nachkrankheiten so selten sind. Ich möchte nämlich behaupten, daß unsere Muslimanen vielfach sehr stark psychopathisch veranlagt sind; ich stütze diese meine Ansicht auf das unter ihnen sehr häufige Vorkommen von Hysterie und Epilepsie. Aus den Reihen der Muslimanen aber stammt die Mehrzahl meiner Syphilitiker. Vielleicht haben wir deswegen keine Tabes, keine Paralyse und sehr wenig Hirnlues, weil wir es mit minderwertigen Nervensystemen zu tun haben. Mitwirkend und fördernd käme dann das von mir an anderer Stelle bereits Gesagte als Grund hinzu.

Zur Klärung der Fragen 1, 2 und 3, wie sie SICHELSTIEL aufwirft, hoffe ich mit diesen Zeilen einiges beitragen zu können. Die Frage Nr. 4 wurde in meinen beiden früheren Veröffentlichungen zum Gegenstande bereits berührt. Frage 5 und 6 beabsichtige ich später einmal, vielleicht an der Hand des Materials aus einer einzelnen, besonders stark verseuchten Ortschaft für sich zu beleuchten, da auch hierzu mein Material ausnehmend gut geeignet erscheint; handelt es sich doch um eine seßhafte Bevölkerung. Auch für die Untersuchung, welche NEISSER und KÖBNER (4, 5) bereits 1886 verlangten, ob die Syphilis bei gut und schlecht behandelten Kranken anders verläuft, dürfte das, was ich hier bringen will, von Wert sein. Dabei betrachte ich als „gut behandelt", natürlich mit den schon andernorts über das „gut" gemachten Einschränkungen, meine mit Salvarsan Behandelten und als „weniger gut behandelt", oder sagen wir „noch weniger gut behandelt" jene, welche der Vorsalvarsanzeit angehören, also lediglich mit Quecksilber und Jod, und zwar meist nur innerlich, behandelt worden waren.

Digitized by Google

Für den Untersucher unseres Stoffes scheint mir namentlich der 1. und der 3. Weg von jenen, welche SICHELSTIEL zu beschreiten vorschlägt, gut gangbar. Dabei betrachte ich die vorliegende Mitteilung als den ersten Teil dieser Untersuchung, während der zweite Teil in 10 oder 15 Jahren von mir oder einem anderen zu liefern wäre. Dabei habe ich den Vorteil, mich nicht auf Umfragen, sondern auf die Angaben des „Syphilisstandesbuches" stützen zu können.

Wie schaut nun mein Material aus?

Das gesamte Material meines Bezirkes an Syphilitikern umfaßt 1244 Fälle, soweit dieselben nicht aus der Bezirksstadt selbst stammen. Diese aus Kljuc selbst stammenden lasse ich außer Rechnung, weil hier die Bevölkerungsbewegung eine stärkere ist, daher das Material wechselnd und sich auch bereits ein starker Einschlag geschlechtlich erworbener Syphilis darunter befindet, eine Syphilis somit, welche nach meiner Auffassung anders zu werten ist als die echte „bosnische".

Von diesen 1344 Fällen kommen 881 auf das männliche Geschlecht, 463 auf das weibliche. Erwachsen waren zur Zeit der Erkrankung, also älter als 12 Jahre, 981; unter 12 Jahren, demnach als Kinder zu betrachten, sind 354. Auch dieser Reichtum an jugendlichen Individuen ist eine Eigenart unseres Materials, welche andernorts, außerhalb der österreichischen Reichslande, kaum anzutreffen sein dürfte. Und von Wichtigkeit dürfte diese große Zahl Jugendlicher deshalb sein, weil gerade der jugendliche Organismus sehr empfindlich ist und sich vielleicht gerade an ihm die spätere Entwicklung der Lues gut studieren läßt. Kein Alter findet sich vermerkt bei 9 Personen.

Soweit genaue Altersangaben vorliegen, ordnen sich meine Kranken dem Alter nach wie folgt:

0—12	Jahre	hatten	354
12—20	„	„	263
21—30	„	„	305
31—40	„	„	213
41—50	„	„	109
51—60	„	„	52
61—70	„	„	16
71—80	„	„	2
		Summe	1314.

30 Fälle scheiden wegen ganz ungenauer Angaben oder aus anderen Gründen aus.

Die Zahl der Männer verhält sich also zu jener der Weiber fast wie 2:1, entspricht demnach nicht den Zahlen BLASCHKOS (9), die Zahl

Digitized by Google

der Kinder stellt sich zu jener der Erwachsenen nahezu wie 1 : 3. Eine Begründung für diese Verhältniszahlen kann ich nicht geben; der Tabaksmißbrauch ist bei den Frauen und Männern, wenigstens muslimanischen Glaubens, im wesentlichen gleich, dürfte aber immerhin bei den Männern ein noch größerer sein. Ein wesentlich niedrigerer ist er nur bei den christlichen Frauen. Wenn nun auch die Mehrzahl meiner Kranken sich zur Lehre Muhameds bekannte, so dürften doch vielleicht die Christen, wenigstens teilweise, für das Zustandekommen obigen Verhältnisses zwischen Männern und Frauen verantwortlich sein. Denn bei den Christen rauchen hierzulande eigentlich nur die Männer. Daß aber bei der Eigenart der bosnischen Syphilis, sich hauptsächlich im Munde anzusiedeln, auf die Einbeziehung des Rauchens in die Gründe Gewicht gelegt werden muß, ist klar. Die sonstigen Schädlichkeiten, die man mit heranziehen kann, dürften bei beiden Geschlechtern ohne Unterschied des Bekenntnisses gleich sein. Ich denke da an den Massengenuß heißen schwarzen Kaffees, an den Mangel an Mundpflege und an die außerordentlich große Rolle, welche Zwiebel und Knoblauch in der hierländischen Ernährung, wie am Balkan überhaupt, spielen.

Nicht aber dürfte die Ursache für dieses Verhältnis der Geschlechter in der Abgeschlossenheit zu suchen sein, in welcher die muslimanische Frau lebt, wie man vielleicht einwenden wird. Man könnte nämlich vielleicht sagen, daß wegen dieser Abgeschlossenheit die Ansteckungsgefahr geringer sei oder weniger Frauen zum Arzte kämen.

Betreffs der Ansteckungsgefahr nun darf man nicht vergessen, daß es sich bei der hierländischen Syphilis fast nur um außergeschlechtliche Ansteckung handelt und die Frauen unter sich wohl sogar noch mehr zusammenkommen, als anderswo. Daß die muslimanischen Frauen den Arzt weniger aufsuchen als die nichtmuslimanische es tut, ist gewiß richtig, aber bei der Syphilistilgung, wie sie hierlands gehandhabt wird, spielt dies eine sehr bescheidene Rolle; es kommt eben hier nicht der Kranke zum Arzte, sondern der Arzt, bzw. die Ärztin sucht den Kranken. Man wird zugeben, daß diese Gründe also kaum von wesentlichem Einflusse sein dürften.

Von bedeutenderem Ausschlage aber für die gegenüber den Zahlen Blaschkos (Frauen verhalten sich zu den Männern betreffs der Erkrankungszahlen in der Provinz wie 1 : 6,5 und in der Hauptstadt wie 1 : 3,6) geringere Erkrankungsziffer des weiblichen Geschlechtes dürfte wohl der Umstand sein, daß hierzulande der außereheliche Geschlechtsverkehr eine verschwindende Rolle spielt, wir es bei unserer Syphilis, wie immer wieder betont werden muß, mit einer außergeschlechtlich übertragenen zu tun haben.

Ohne nun zu wissen, ob das Verhältnis zwischen Kindern und Er-

Digitized by Google

wachsenen bereits von anderer Seite Gegenstand einer Untersuchung war, erscheint mir doch die Zahl der Kinder gegenüber jener der Erwachsenen recht groß. Dies fällt wohl gerade wegen der verhältnismäßig niederen Zahl weiblicher Krankheitsfälle gegenüber den männlichen erst recht auf. Außerdem stellen auch die 12 auf das Kindesalter entfallenden Lebensjahre von den überhaupt in Betracht gezogenen 80 nur etwa ein Sechstel dar. Das Verhältnis bleibt noch immer ein hohes, wenn wir auch nur die ersten 50 Lebensjahre in Rechnung setzen, weil in den späteren 30 die Zahl der Syphilitiker rasch abfällt. Das Verhältnis der Jahre wäre dann ungefähr wie 1 : 4. Die kindlichen Krankheitsfälle stellen sich aber zu denen der Erwachsenen ungefähr wie 1 : 3. Etwas mehr Licht in dieses ungünstige Abschneiden der Kinder wird vielleicht durch folgende Erwägungen gebracht:

Es wurde schon in unserer ersten Mitteilung darauf hingewiesen, daß es mir gleich zu Beginn meiner Tätigkeit hier auffiel, daß ich in gewissen Ortschaften immer wieder gerade frische kindliche Fälle fand; lange konnte ich mir darauf keinen Reim machen, bis sich dann der Schlüssel in den bis dahin meist verborgenen Erkrankungen unter den muslimanischen Frauen ergab, welche die zu späterer Frist erst einsetzende Tätigkeit meiner Frau aufdeckte. Das weibliche Geschlecht konnte nämlich aus äußeren Gründen, weil keine Ärztin zur Verfügung stand, durch längere Zeit nicht genau durchforscht werden. Nun besteht aber eine der wenigen Freuden muslimanischer Frauen darin, daß sie sich zu förmlichen Kaffeekränzchen zusammenfinden, zu welchen sie auch ihre kleinen und kleinsten Kinder mitbringen. Schon darin allein ist eine hohe Ansteckungsgefahr für die Kinder gegeben. Diese wird aber noch weit ärger durch die Unsitte, die Kinder gegenseitig abzuküssen, ohne natürlich darauf Rücksicht zu nehmen, ob man frische Plaques oder Papeln auf den Lippen hat. Und besonders zärtlich ist jede Mutter mit den schwächlichen und kränklichen Kindern, worunter sich wohl manches syphilitische, mit frischen Erscheinungen an den Lippen, befunden haben mag. Und so wandert die Spirochäte weiter im Kreise herum. Ja die Freundschaft geht so weit, daß die Frauen, wenn sie selbst ein Kind stillen, auch die Kinder anderer Mütter an die Brust nehmen. Nun werden hierzulande die Kinder sehr lange gesäugt. Ich sah einmal sogar ein dreizehnjähriges Kind an der Mutterbrust trinken! Daß man dies bei drei- und vierjährigen Kindern noch findet, ist alltäglich. Es ist nun wohl klar, daß durch diese Unsitte des gegenseitigen Säugens der Kinder der Ansteckung derselben Tür und Tor geöffnet werden muß. Und so geben vielleicht schon diese Verhältnisse allein eine Erklärung für die hohe Zahl kindlicher Erkrankungen.

Digitized by Google

An dieser Stelle sei eingeschaltet, daß bei Altersangaben unserer Bevölkerung, namentlich weiblichen Geschlechts, immer mit einem Fehler von einigen Jahren zu rechnen ist, nicht so sehr infolge der Eitelkeit des ewig Weiblichen, sondern mehr deshalb, weil unsere Bauern in dieser Hinsicht immer nur beiläufige Angaben machen und meist selbst nicht wissen, wie alt sie sind. Als Angelpunkt ihrer Zeitrechnung nehmen die Männer meist das Jahr ihrer Assentierung, also das 21., die Frauen das Jahr der Besetzung Bosniens durch Österreich.

Wenn auch bekannt ist, daß die Einteilung der Syphilis in primäre, sekundäre und tertiäre eine nach den persönlichen Anschauungen verschiedene und überhaupt eine wenig brauchbare ist, so will ich mich doch an diese Einteilung halten. Es ist dies auch die Einteilung, auf welcher die amtliche Drucksorte unseres Syphilisstandesbuches aufgebaut ist.

Von allen unseren Erkrankten kamen auf L. I zwei Männer und fünf Weiber. Diese Zahl ist schon an und für sich überraschend klein, und die beiden Geschlechter beteiligen sich daran in einem gerade umgekehrten Verhältnisse als an der Gesamtzahl. Daß diese Zahl so gering ist, begründet sich damit, daß, wie schon ausgeführt, unsere bosnische Syphilis hauptsächlich außergeschlechtlich übertragen wird. Ferner ist bei uns jener Ansteckungsweg der Syphilis, welcher außerhalb Bosniens die Hauptrolle spielt, der außereheliche Geschlechtsverkehr, nach meiner Erfahrung ein sehr wenig begangener; unsere Bauern treten sehr jung in die Ehe und dürften vielfach, wenn nicht meist, kein außereheliches Geschlechtsleben geführt haben.

Diese 7 Fälle, die durchwegs Erwachsene betreffen, entstammen auch erst der allerletzten Zeit, sind wohl alle geschlechtlich erworben und als ein Zeichen des Kultureinbruchs auch in die Reihen unserer Landbewohner aufzufassen. Nur ein einziger Kranker stammt aus dem Jahre 1908, einer aus dem Jahre 1910, bereits drei aus dem Jahre 1913 und je ein weiterer aus den Jahren 1912 und 1915. Die Zahl der primären Fälle scheint weiter anzusteigen und muß darin wohl, wie erwähnt, ein Zeichen der Kultur und des zunehmenden Verkehrs, vielleicht auch des Krieges, erblickt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Die Herdinfektion in ihrem Zusammenhang mit gewissen Hautkrankheiten [1]).

Von

Dr. M. L. Ravitch, Louisville, Ky.

(Übersetzt von Dr. A. Gunsett, Straßburg.)

Es ist eine bedauerliche Tatsache, daß wir Dermatologen die Erforschung des ätiologischen Faktors der Hautkrankheiten vernachlässigt haben, während wir unser Bemühen mehr auf die Nomenklatur und die Klassifikation richteten. Neuerdings ist allerdings hierin eine Wandlung eingetreten und man ist immer mehr dazu übergegangen, sich der Ergründung der Bakteriologie und Pathologie der Hautkrankheiten zuzuwenden, und zwar teils in speziell zu diesem Zwecke gegründeten Laboratorien, teils in den Kliniken und den Privatbetrieben der Dermatologen selber. Ein Hauptverdienst an diesem Erwachen gebührt Billings und Rosenow, deren Theorie der Herdinfektion unsere Augen für das Verständnis mancher Hautkrankheiten geöffnet hat, deren Ätiologie noch vor wenigen Jahren vollständig in Dunkel gehüllt war. Jetzt wo wir den Schlüssel haben, können wir manches Rätsel lösen, können Zusammenhänge klarstellen und vernunftgemäße Diagnosen stellen, wo wir noch vor wenigen Jahren uns mit dem Worte „idiopathisch" bei der Beschreibung solcher Fälle begnügen mußten. Es sind wenige Jahre her, daß Billings in seinem epochemachenden Werk den Zusammenhang zwischen Infektionsherden und Systemstörungen beschrieb; die Theorie schien zuerst lächerlich und unglaubwürdig, war aber durch die klinischen und experimentellen Daten so gut gestützt, daß sie sich bald allgemeine Anerkennung erwarb und eine große Menge Arbeit ist bereits in diesem neuen dadurch eröffneten Gebiete geleistet worden. Natürlich sind, wie das bei neuen Dingen leicht der Fall ist, manche Forscher allzu weit in ihrer Begeisterung gegangen und ins andere Extrem verfallen, haben Zähne und Tonsillen, ob krank oder nicht, geopfert, sobald sie sich einer Krankheit gegenüber befanden, die auch nur einigermaßen damit in Zusammenhang gebracht werden konnte, ohne sich zu bemühen, die wahre Ursache mit genügender Sorgfalt zu suchen. Aber auch konservativere Beobachter haben die neue Theorie mit großem Nutzen verwertet und wenn sie auch nicht für alle Krankheiten eine Erklärung finden konnten,

[1]) Vortrag, gehalten in der dermatologischen Abteilung der 67. Jahresversammlung der American Medical Association, Detroit, Juni 1916. (J. Am. M. Ass.)

Digitized by Google

so haben sie doch im Studium der Ätiologie mancher Hautkrankheiten und ihrer rationellen Behandlung ein neues Kapitel eröffnet.

Es ist kaum daran zu zweifeln, daß das Bestehen einer beständigen Infektionsquelle gewisse Reaktionen und Entzündungen in anderen Körperteilen hervorrufen kann, in denen die Bakterien eine verminderte Widerstandskraft oder einen günstigeren Boden finden. Dies hat man zum Beispiel in den Fällen von Arthritis und Neuritis erkannt, welche früher mit einem Rheumatismus vergesellschaftet waren und es sind viele derartige Fälle beschrieben worden; es ist aber ebenso sicher, daß ein ähnlicher Zusammenhang zwischen sogenannten „Herdinfektionen" und Hautkrankheiten besteht und eine große Anzahl davon, die früher den verschiedensten Ursachen zugeschrieben wurden, können jetzt auf eine Herdinfektion zurückgeführt werden.

Die Herdinfektion muß nicht, wie manche zu glauben scheinen, im Munde oder im Gaumen sitzen, sondern dies kann in jedem Körperteil der Fall sein. Die meisten von uns haben Fälle gesehen, bei welchen die Infektion bis zur Niere, der Blase, der Prostata, der Urethra oder einem anderen Teil des Urogenitalsystems oder zu einem Magen- oder Duodenalulkus, einem chronisch entzündeten Appendix, einer Rektalfistel oder einer Cholezystitis verfolgt werden konnte. Mittelohrerkrankungen sind ebenfalls eine häufige Ursache für Hautreaktionen, Sinusinfektionen ebenfalls; Typhus kann ebenfalls als Infektionsquelle in Betracht kommen, desgleichen die meisten chronischen Infektionskrankheiten ebensogut als die akuten, wie Pneumonie.

In der dermatologischen Literatur findet man gelegentlich Angaben über die Rolle der Herdinfektion in der Ätiologie der Hautkrankheiten. Gosse[1]) zitiert eine Angabe von McKenzie aus dem Jahre 1886, wonach Erythema nodosum häufig von Rheumatismus begleitet ist und glaubt, daß es sich deshalb bei dieser Dermatose um eine toxische oder eine Infektionskrankheit handelt. In diesem Zusammenhang ist die Angabe von Edward C. Rosenow[2]) aus der Mayo-Klinik interessant, der vor kurzem mitteilte, daß manche Streptokokken eine elektive Affinität für die Haut besitzen, die bei aus Erythema nodosum- und Herpes zoster-Fällen isolierten Stämmen sehr auffallend ist, in geringerem Grade aber auch bei solchen Stämmen vorhanden ist, die aus einer Endokarditis, Myositis, Cholezystitis oder aus einem Mumps isoliert worden waren.

Galloways[3]) Arbeit aus dem Jahre 1912 darf in diesem Zusammen-

[1]) Gosse, Erythema nodosum. Practitioner, London 1914, Nr. 2. — [2]) Rosenow, E. C., Elektive Lokalisation von Streptokokken. J. Am. m. Ass., 13. Nov. 1915, S. 1687. — [3]) Galloway, J., Hautkrankheiten bei rheumatischen Zuständen. Practitioner, London 1912, Bd. 38, S. 67.

Digitized by Google

hange nicht übersehen werden. Er legt Gewicht auf die Tatsache, daß in rheumatischen Erkrankungen öfters skarlatiniforme Ausschläge, Erythema exsudativum multiforme und Erythema nodosum vorkommen, und zwar meistens in septischen Formen des Rheumatismus. Bei Streptokokkeninfektionen der Niere, Leber und Gelenke, erscheint häufig ein entzündliches Erythem der Haut. Manchmal kommt es auch zu einem purpurischen Ausschlag (Purpura rheumatica, Peliosis rheumatica Schoenleinii).

Gerbers [1]) Untersuchungen sind besonders wegen ihres gediegenen und wissenschaftlichen Charakters von Wert. Er arbeitete über den Zusammenhang von Herdinfektionen mit gewissen idiopathischen Dermatosen. Vom klinischen Standpunkt haben Born, Uffelmann, Lewin und Besnier das gleichzeitige Auftreten von Sepsis und Erythem erwähnt. Hoffmann fand Kokken in den erkrankten Venen in einem Falle von Erythema nodosum, während Gerber zehn Fälle dieser Erkrankung untersuchte und sie alle auf eine Herdinfektion zurückführen konnte, wobei in einem Falle der Herd im Urogenitalsystem saß, in den anderen Abszesse die Ursache waren. Histologische Untersuchungen der Knoten ergaben Thrombophlebitis der Hautvenen; in drei Fällen fanden sich dabei Kokken, in den anderen nur wenn Kulturen von Teilen der Knoten ausgeführt wurden.

Audry [2]) veröffentlichte im Jahre 1914 zwei Fälle von Herpes zoster, welche einer Furunkulose zuzuschreiben waren, wobei die Patienten heilten, sobald die Furunkel verschwunden waren.

Bei Septikämie beobachtete Churchman [3]) folgende Veränderungen: Erytheme, papulöse Eruptionen, urtikarielle, hämorrhagische, bullöse und herpetische Eruptionen.

Vershinin [4]) glaubt, daß eine große Anzahl Hautkrankheiten auf eine gonorrhoische Infektion zurückzuführen sind, so das Erythema exsudativum, die Keratosis und Parakeratosis. Nach meiner Erfahrung kommen bei Magen- und Duodenalgeschwüren rezidivierende Ekzeme vor. Eine rezidivierende Urtikaria war mit einem Karzinom des Pankreas und ein Fall von generalisiertem Pruritus mit einem malignen Uterustumor vergesellschaftet.

Noch viel mehr Fälle dieser Art könnte man anführen. Es ist schade, daß sich die Dermatologen früher nicht mehr Mühe gaben, solche

---

[1]) Gerber, O., Über das Wesen des sogenannten idiopathischen Erythems. Derm. Zschr., 1912, Nr. 9. — [2]) Audry, Zoster bei Eheleuten. Ann. de Derm. et de syph., 1914, Nr. 5. — [3]) Churchman, Urol. and Cutan. Rev., 194, Nr. 1. — [4]) Vershinin, Dermatosen bei gonorrhoischer Infektion. Russk. Jurn. Kozhn. i ven. boliezn., 1914, Nr. 5.

Digitized by Google

Fälle zu sammeln und es ist zu wünschen, daß dies jetzt in höherem Grade geschieht.

Die folgenden Fälle wurden für diese Arbeit gesammelt, und zwar hauptsächlich deshalb, weil ihre Ätiologie dunkel und ihre Behandlung eine schwierige war und sie deshalb für den Praktiker Interesse bieten. Bei allen wurden die besten von Autoritäten empfohlenen Behandlungsmethoden versucht, aber meist nur mit wenig oder vorübergehendem Erfolg.

Fall 1. — M. R., ein 23 Jahre alter Mann, ohne syphilitische Vorgeschichte, hatte an der linken Wange einen Tumor, der einem Epitheliom sehr ähnlich sah. Mehrere Chirurgen untersuchten ihn, als ich ihn in der Jefferson County Medical Society vorstellte, und waren der Ansicht, daß es sich um einen malignen Tumor handelte. Es wurden aus der Ulzeration Stückchen exzidiert und an zwei verschiedene Laboratorien zur Untersuchung eingesandt. Aus beiden kam genau die gleiche Antwort: Proliferation der Epithelschichten mit Invasion der tieferen Teile. Die Gewebszerstörung schien mir aber rascher vor sich zu gehen als dies bei wahrer Malignität der Fall ist. Weitere, genauere Untersuchungen ergaben das Vorhandensein eines infizierten Wurzelkanals und eines Alveolarabszesses eines oberen Molarzahns. Bei der Extraktion dieses Zahnes fand sich ein Fistelgang, der auf einfache Irrigationsbehandlung mit milden antiseptischen Lösungen heilte, worauf auch die Ulzeration rasch heilte und nur eine kleine Narbe zurückließ.

Fall 2.— B. O., eine 23jährige Frau, Schneiderin, wurde mir durch Dr. Boggess mit einer typischen Roseola, Ulzerationen im Gaumen, geschwollenen Drüsen, Fieber von 102—103° und Kopfschmerzen überwiesen. Es lag Syphilisverdacht vor. Die Patientin leugnete aber jeden unerlaubten Verkehr, hatte aber Angst, eine Syphilis insontium zu haben. Die Wassermannsche Reaktion war negativ. Bei einer eingehenderen Untersuchung fand ich in den Tonsillen eitergefüllte Krypten mit Bacillus influenzae, Pneumokokken und Streptokokken. Lokale Behandlung der Tonsillen mit Azetylsalizylsäure (Aspirin) und Hexamethylenanim intern brachte die Symptome zum Verschwinden. Der Patientin wurde geraten, die Tonsillen entfernen zu lassen, sie ließ es aber nicht zu und bekam noch mehrere Rückfälle.

Fall 3. — N., eine 24jährige Frau, die mir von Dr. A. Pfingst zugesandt wurde, litt an chronischen Urtikariaanfällen von angioneurotischem Typus. Alle üblichen Behandlungsmethoden schlugen hier fehl. Nachdem alle Möglichkeiten, welche ätiologisch in Betracht kommen konnten, ausgeschlossen waren, fanden sich hypertrophische Tonsillen mit infizierten Krypten. Nachdem Dr. Pfingst letztere entfernt hatte, wurden die Urtikariaanfälle milder und hörten sogar ganz auf.

Fall 4. — M. W. D., ein 17jähriges Mädchen litt an Akne, die nach Röntgentherapie und milden Waschungen verschwand. Ein Jahr später entwickelte sich eine hartnäckige Urtikaria, welche der Patientin sehr zu schaffen machte. Kein Mittel war von der geringsten Wirkung und die Krankheit dauerte Monate. (Während meines Urlaubs wurde sie ohne allen Erfolg von anderen Ärzten behandelt.) Da mir ihre sonderbare Aussprache beim Sprechen auffiel, untersuchte ich ihren Rachen und fand krankhaft veränderte Tonsillen. Letztere wurden entfernt und es folgte darauf eine baldige Besserung. Es kamen keine weiteren Rezidive vor.

Fall 5. — Miss E. W., 18 Jahre alt, litt an einer sehr hartnäckigen Urtikaria, die von angioneurotischem Ödem begleitet war. Die üblichen äußerlichen und innerlichen

Digitized by Google

Mittel wurden mit mäßigem Erfolg angewandt. Die Untersuchung ihres Rachens ergab hypertrophische Tonsillen. Nach Entfernung derselben verschwand die Urtikaria.

Fall 6. — Frau F. S., 21 Jahre alt, wurde mir von Dr. Ewing Marshall überwiesen, der sie wegen hartnäckiger Urtikaria mit angioneurotischem Ödem behandelt hatte. Die gewöhnlichen Mittel brachten nur eine unbedeutende Besserung und dies auch nur in bezug auf die subjektiven Symptome. Immer wieder stellten sich Rezidive ein. Es wurde ihr geraten, Herrn Dr. Cheatham zu konsultieren, der Tonsilleneiterung feststellte. Ihre Entfernung war von einem schnellen Verschwinden aller Symptome gefolgt.

Fall 7. — H. B., 11 Jahre altes Mädchen, litt an häufig rezidivierendem skarlatiniformem Erythem mit hohem Fieber. Die gewöhnlichen Mittel hatten zwar guten Erfolg, da aber die Ausbrüche sich immer wiederholten und die lokale Behandlung des Gaumens nur vorübergehenden Erfolg hatte, wurden die Tonsillen entfernt. Danach folgte eine vollständige Heilung.

Fall 8. — Frau J. B., 60 Jahre alt, litt an rezidivierendem Ekzem der Lippen und des ganzen Körpers. Der die Ausbrüche begleitende Juckreiz war äußerst stark. Wiederholte Urinuntersuchungen klärten den Fall nicht auf. Es wurde aber eine Vesikovaginalfistel entdeckt, nach deren Behandlung durch Dr. W. Wathen eine vollständige Heilung ohne Rezidiv eintrat.

Fall 9. — Frau R., 34 Jahre alt, konsultierte mich wegen rezidivierendem Ekzem des Kopfes und der Brust. Wir glaubten, daß daran ein fehlerhafter Stoffwechsel schuld sei; weder innerliche noch äußerliche Mittel besserten aber ihren Zustand. Seit einiger Zeit machten sich aber leichte Appendizitisanfälle bemerkbar, so daß ich eine Operation anriet. Nach Entfernung der Appendix durch Dr. Haggard in Nashville verschwand die Hautkrankheit ganz.

Fall 10. — Frl. N. C., 26 Jahre alt, wurde mir durch Dr. Duvall in Ghent, Ky, zugesandt. Sie litt an einem sehr starken Erythem bullosum circinatum, dessen Ätiologie auf eine Streptokokkeninfektion der Tonsillen zurückgeführt wurde. Als diese in Behandlung genommen wurden, besserte sich das Erythem auf milde äußere Behandlung.

Dies sind nur einige ausgewählte Fälle, aber ich könnte deren viel mehr anführen. Nicht alle System- oder Hauterkrankungen lassen sich einer Herdinfektion zuschreiben. Eine große Anzahl dunkler Erkrankungen sind vielleicht auf eine Störung der inneren Sekretion zurückzuführen, welche ja gerade in Klärung dunkler Krankheiten eine hervorragende Rolle spielt; aber andererseits mag auch eine fehlerhafte innere Sekretion einer Herdinfektion zuzuschreiben sein. Dies alles lehrt uns, auf der Hut zu sein und in zweifelhaften Fällen sehr genaue Untersuchungen anzustellen. Wir müssen sorgfältiger und vorsichtiger vorgehen und vor allem die Haut nicht nur als Oberflächenorgan betrachten, sondern als ein Organ, daß durch Infektionen anderer kranker Organe in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Über Enuresis militarium, von Karl Ullmann-Pola. (W. kl. W., 1916, Nr. 38, 39, 40 u. 41.) Der Verf. verfügt über 131 Beobachtungen. Er führt eingehend die Beziehungen der Enuresis zu anderen pathologischen Veränderungen an, welche sich bei diesen Patienten finden. Hierbei ergibt sich, daß das essentielle Bettnässen wohl ein häufiger Begleiter verschiedener pathologischer Konstitutionen, aber nicht ein Symptom eines bestimmten Zustandes darstellt. Nach einem Eingehen auf die Anatomie und Physiologie der Blase sagt der Verf., daß die Enuresis nocturna eine reizbare Nervenschwäche des Rückenmarkzentrums für die willkürlichen Sphinkterfasern darstellt. Die Pollakisurie beruht auf einer ähnlichen Erkrankung des vegetativen Systems, und zwar entweder auf einer gesteigerten Reizbarkeit der Zentren gegenüber normalen Reizen oder auf einer gesteigerten Empfindlichkeit der Blasenschleimhaut. Bei Pollakisurie sind die autonomen Zentren im Lendenmark überempfindlich, d. h. vorübergehend oder dauernd gereizt, bei Enuresis essentialis nocturna außerdem noch die zerebralen Hemmungszentren, deren Unterempfindlichkeit die normale automatische Verschlußfähigkeit im Schlafe aufhebt. Die Therapie ist zweifelhaft. Anwendung der Hydrotherapie erzielte in schweren Fällen deutlichen Nutzen. Fieberstadien unterdrückten während ihres Bestehens die Enurese. Absolute Kennzeichen für Enurese existieren nicht, die Simulation des Leidens ist deshalb in unsicheren Fällen durch die Beobachtung im Morphiumschlafe zu kontrollieren. Zum Schluß wird hervorgehoben, daß die Minderwertigkeits- und Degenerationsmerkmale der Enuretiker der Ausdruck einer allgemeinen Minderwertigkeit und nicht ein solcher des Harnapparates sind. H. Vörner-Leipzig.

Incontinentia vesicae und Enuresis nocturna bei Soldaten, von A. Fuchs und S. Gross-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 47.) Die Verf. sahen gute Erfolge mit der Verwendung von warmen Blasenspülungen. Bei durch Traumen veranlaßten Inkontinenzen wurden von 10 Fällen 3 geheilt. Fälle, deren Ursache Erkältung war, wurden 2 geheilt, 4 gebessert und 2 nicht geändert. Von 10 Erkrankungen, welche nach Infektionskrankheiten entstanden, wurden 4 geheilt, 2 gebessert und 4 blieben ungeheilt. Die letzte Kategorie, Pollakisurie mit relativer Inkontinenz, wies die besten Resultate auf: sämtliche 5 wurden geheilt. H. Vörner-Leipzig.

Enuresis nocturna bei einem Erwachsenen mit angeborenem Mangel der Vorsteherdrüse, von Ernst Levin-Berlin. (D. m. W., 1917, Nr. 9.) Es handelt sich um einen 17jährigen, nicht übermäßig kräftigen, geistig normalen Mann, mit infantilen Genitalien, Hypospadie und nicht nachweisbarer Prostata. Erektionen, überhaupt geschlechtliche Erregungen sind ihm nicht vorgekommen. Das nächtliche Bettnässen bei diesem Patienten besteht seit der Kindheit mit kurzen Unterbrechungen von Tagen bzw. Wochen. Bei Tage etwas vermehrter Harndrang; unwillkürlicher Harnabgang kommt tagsüber nicht vor. Es fehlten bei dem Patienten alle von Fuchs für Myelodysplasie als charakteristisch angegebenen Symptome: keine Syndaktylie, Sensibilität und Reflexe normal, die häufig auf eine Spina bifida occulta hinweisenden Anomalien der äußeren Haut der Sakralgegend (Hypertrichosis, Lipome) waren nicht vorhanden. Die Veränderungen der Genitalien sind in diesem Falle so wesentliche, daß es gezwungen wäre, ihre Bedeutung für die Genese des Falles auszuschließen und etwa eine Neurose

Digitized by Google

als Ursache anzunehmen. Prostataatrophie, als Folge eines krankhaften Schrumpfungsprozesses in späterem Alter, weist gleichfalls als besonders charakteristisches Symptom unwillkürlichen Harnabgang auf. Es ist anzunehmen, daß bei methodischen Untersuchungen häufiger als bisher eine mangelhaft entwickelte Prostata als Ursache der Enuresis bei Erwachsenen nachgewiesen werden wird. E. Brinitzer-Altona.

Röntgenbefunde bei Bettnässern. Weitere Beiträge zur Erblichkeit der Spina befida, von Janke-Königsberg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1917, Bd. 55, H. 4—6.) Janke hat im letzten Jahre 63 Bettnässer untersucht und bei 33 einen positiven Röntgenbefund erhalten (die Befunde sind in 12 Tafeln sehr gut wiedergegeben). Bei 13 von den 30 mit negativem Befunde bestand das Leiden angeblich erst seit höchstens einem Jahr „infolge des Schützengrabens", und es war bei diesen ein vorübergehender Zustand infolge einer Zystitis oder Blasenneurose, sog. „Enuresis diurna et nocturna adolescentium". Bei 6 anderen fehlen alle anamnestischen Daten, bei den übrigen 11 sind dieselben sehr unzuverlässig. Der Verfasser zieht aus seinen Zusammenstellungen den Schluß, daß das Leiden zur Vererbung neige; denn trotz der Schwierigkeit, die hereditäre Veranlagung festzustellen, konnte der Verfasser doch bei 31% der positiven Fälle in Erfahrung bringen, daß das Leiden bei Familienmitgliedern ebenfalls bestehe. Außerdem macht der Verfasser darauf aufmerksam, daß es sich nicht immer um Myelodysplasien zu handeln brauche, sondern daß auch örtliche Leiden der Blase und Harnröhre und eine abnorme Tätigkeit der Nieren, welche Nachts, resp. beim Liegen mehr sezernieren als am Tage, resp. bei aufrechter Körperhaltung, ätiologisch bei der Enuresis in Betracht kommen. O. Lasch-Breslau.

Über die Wirkungsart der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna, von Arthur v. Sarbó. (Ther. d. Gegenw., 1916, Sept.) Von den lumbosakralen Wurzeln, aus welchen sich der Ischiadicus zusammensetzt, befinden sich die sensibeln Anteile in dem Canalis sacralis; da in diesem bei der epiduralen Injektion die anästhesierende Flüssigkeit eingespritzt wird, erklärt sich die gute Wirkung der Methode. Die motorischen und sensibeln Nerven für die Blase kommen gleichfalls von den sakralen Wurzeln und so ist es einleuchtend, daß auch bei Enuresis nocturna durch die epidurale Injektion in den Sakralkanal eine Abstumpfung des Blasenkontraktionsreizes erfolgt.

E. Brinitzer-Altona.

Behandlung der Incontinentia urinae mit Einspritzungen ins Perineum, von M. Cahier. (Presse méd., 1914, Nr. 36.) Verf. empfiehlt bei Enuresis noctura 80 ccm einer physiologischen Kochsalzlösung in die Perinealgegend beiderseits zu injizieren. Er will davon gute Erfolge gesehen haben. K. Boas-Rostock.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Paul Mulzer, Oberarzt der dermatologischen Klinik in Straßburg i. E., erhielt den Titel Professor.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Februar 1918 | Nr. 5 | Band 66

Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis [1]).

Von

Dr. Muijs, Spezialarzt für Hautkrankheiten, Amsterdam.

Mit 2 Abbildungen.

Im Oktober 1915 forderte mich Herr Kollege Passtoors auf, zwei Patienten im R. C. Krankenhaus zu besichtigen. Sie hatten eine charakteristische Affektion der Schamteile. Eine parasitäre Ursache wurde vermutet, was sich später als richtig herausstellte. Bei Impfung war eine Reinkultur aufgegangen von einem Pilze, welcher mir unbekannt war. Einige Wochen später traten vier gleiche Krankheitsfälle im selben Saale auf. Bei Impfung gaben zwei dieser auch sofort diese Reinkultur; die zwei übrigen waren nicht oder ganz verunreinigt aufgegangen. Später meinte ich den Grund hiervon zu verstehen. Die exfoliierte Haut enthält hauptsächlich Myzeliumfäden und Sporen, in dem Teile, der an die gesunde Haut grenzt. Bei erneuter Impfung von Patient 5 und 6 war dieselbe Kultur aufgegangen.

Im Januar 1916 bekam ich den 7. Fall zur Untersuchung auf einem anderen Krankensaale, im ersten Stadium der Affektion. Auch da war durch Impfung sofort eine Reinkultur aufgegangen. Die erwähnten Patienten waren erwachsene Personen.

Im April diagnostizierte ich den 8. Fall bei einem Kinde von vier Wochen, das aber keine Mundschwämme hatte [2]). Ich beobachtete bei der Untersuchung des Pilzes in der Kultur Hefesporulation und Myzeliumfäden mit Ektosporen, meistens in Gruppen geordnet. Diese Eigenschaften zeigen die Gruppe der Pilze, wozu das Sporotrichon und der Soorpilz gehören. Das Sporotrichon kann bei der ersten Impfung auf diese Weise auch Gärung zur Schau stellen, welche aber nach wiederholter Überimpfung verschwinden muß.

Ich fand eine Mitteilung von Kaufmann-Wolff [3]) über Affektionen zwischen Fingern und Zehen bei Erwachsenen, welche von Soorpilzen

[1]) Vortrag gehalten in der niederl. Ver. für Dermatologen, am 26. März 1916.

[2]) Ibrahim, Soorkrankheiten der Haut bei Säuglingen, mit gleicher Affektion der Mundhöhle. Arch. f. Kinderheilkunde, 1911, Bd. 55, H. 1 und 2, S. 91.

[3]) Dermat. Zeitschr., 1915, Bd. 22, H. 27.

Digitized by Google

verursacht waren. Im Februar 1916 las ich in dem damals erst herausgekommenen „Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie" einen Fall, von GOUGEROT und vier Fälle von HUDELO beschrieben, welche wohl von derselben Art sind als die meinigen. GOUGEROT bezeichnete seinen Fall als eine bis jetzt noch nicht beobachtete Mykose; in einer Versammlung, einen Monat später, teilte HUDELO vier neue Fälle mit.

Um mich nicht in Wiederholungen einzulassen, werde ich nur den Status zweier Fälle mitteilen. Der Fall 7 wurde beobachtet im Anfangsstadium, dieser ist also von Bedeutung durch die primären Effloreszenzen. Der andere Fall gibt ein entwickelteres Bild des Prozesses.

An den Schamteilen sieht man verschiedene, einzelne Millimeter große Effloreszenzen, Pseudofolliculitides (pseudo-, weil sie von mykotischem Ursprung und nicht alle streng follikulär sind). Die Haut ist verdickt, rahmfarbig weiß, erhöht, umgeben von einem roten Kranz. Die Haut der Leisten ist diffus angegriffen, rechts bis 2 cm unter der Leistenfalte, links etwas niedriger. Sie ist rotfarbig, feucht-glänzend, fissurär in den Falten mit hier und da Stücken Epidermis wie oben verändert. Rechts ist die Haut an der inneren Seite des Oberschenkels bis 7 cm unter der Leistenfalte angegriffen. Man findet Effloreszenzen von verschiedener Größe, Aussehen und Form. Neben den obengenannten Pseudofolliculitides sieht man Stellen von bis mehrere Millimeter Größe, verschieden in Umriß und Masse mit Exfoliation der Haut, von Röte und Feuchtigkeit des Zentrums. Die Vergrößerung dieser Effloreszenzen geschieht durch zentrifugale Exfoliation und durch Zusammenfließen. Die Haut des Skrotums ist diffuser angegriffen, mit scharfumschriebener Stelle im Zentrum, von obengenannter Art.

Der rechte Oberschenkel zeigt die Affektion bis 5 cm unter der Leistenfalte, ebenso die Haut des Perineums in umschriebener Form. Der Umriß des Anus ist frei.

Bei Fall 2 war die Haut der Leistenfalten bis einige Zentimeter darunter diffus angegriffen, rot, feucht glänzend in den Falten fissuriert; auch etwas oberhalb der Falten hat sich die Haut ebenso verändert. Am Rande beobachtet man eine exfoliierte Epidermis, mattweiß von Farbe, bequem in weichen Läppchen zu entfernen. Die Haut des Skrotums, soweit diese die Schenkel berührt, ist ebenso angegriffen. Vornan grenzt ein Stück Oberhaut, das diffus verdickt ist, weiß, rahmfarbig, lose zusammenhängend mit der roten, feuchten Unterlage. An der Vorderseite des Skrotums und des Penis sieht man kleinere und größere, erodierte oder mattweiße kranke Stellen, von verschiedener Form, welche sich auch vergrößern durch zentrifugale Exfoliation oder durch Zusammenfließen. Unter der diffus angegriffenen Stelle der Haut der Oberschenkel findet man in der Umgebung auch zahlreiche rote Stellen mit einem Schüppchensaume am ganzen Rande oder an einem Teile davon, unterschieden in Größe und Form. Auch sah ich Bläschen oder Pusteln mit einem roten Kranz. Zugleich wurde an der Stelle der Pubes dieselbe einzelstehende Änderung der Haut beobachtet, ebenso an der Hinterbacke.

Digitized by Google

Die sorgfältige und genauere Untersuchung lieferte folgendes:

Schuppe. Mikroskopisch sieht man in den tieferen Schichten der Epidermis, wenn man sie mit 30% Kali oder Antiformin erweicht, Gruppen von mittelmäßig großen Sporen, weiter Myzeliumfäden, wovon man auf verschiedene Entfernungen Septen und laterale Gruppen mit Sporen beobachten kann.

Kultur. Diese gibt auf verschiedenen Nährboden fast dasselbe Bild; eine rahmfarbige, feucht-glänzende Kultur. Sie ist die ersten Wochen ihres Wachstums meistens ganz glatt, später aber oft gefaltet im Zentrum, mit einem flachen Saume, von verschiedener Breite (Fig. 1). Sie hat einen starken, sauren Hefegeruch. Die Kultur im hängenden Tropfen, zeigt eine Mischung von Filamenten, Pseudo-Filamenten, hervorsprießenden Hefezellen, zuweilen Chlamidosporen. Lateral und öfters an der Spitze der Myzeliumfäden sind die Sporen meistens in Gruppen geordnet. Die Filamente haben Septen, sind mehrmals verzweigt. Das Myzelium bekommt keine hohe Differenziation. Die Filamente können Hefezellen bilden, die letzteren Myzeliumfäden. Die Hefesporulation beherrscht einige Nährboden, andere werden beherrscht von den Filamenten.

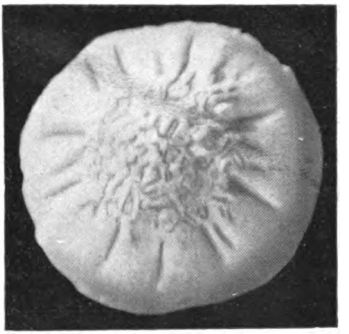


Fig. 1.

Nach Roux entsteht das Myzelium unter dem Einfluß schlechter Lebensbedingungen. Vuillemin meinte aber unter diesen Umständen gerade Hefesporulation zu sehen. Meine Meinung stimmt mehr überein mit der Auffassung von Roux. Die Hefezellen sind oval oder länglich, und, unterschieden in Größe, haben sie immer einen Kern. In Fig. 2 sieht man verschiedene Gruppierungen von sporulierenden Zellen.

In älteren Kulturen entstehen öfters an dem Ende der Myzeliumfäden, zum Nachteil des Protoplasmas Chlamidosporen; dicke Zellen, gefüllt mit Glykogen, mit einer festen Membran umgeben. Auf einem frischen Nährboden wachsen diese aus, unter Bildung von Hefezellen und Filamenten. Weiter sieht man in den Myzeliumfäden Corpuscula, welche Hefezellen ähnlich sehen. Über ihre Bedeutung läßt sich nichts übereinstimmendes sagen.

Der Botaniker, Herr Dr. Schouten aus Utrecht, war so liebenswürdig, diesen Pilz für mich zu bestimmen. Als Ergebnis seiner Untersuchungen schrieb er mir: „Ich kann nichts weiter sagen, als daß es der einfache Soorpilz ist, also Monilia albicans Zopf, in Handbüchern der Heilkunde oft als Oidium albicans bezeichnet. Es ist eine Tatsache, daß diese Pilze schwer zu züchten sind, einerseits sind sie unbeständig und reagieren sogar auf kleine Differenzen des Nährbodens, andererseits haben ausgesprochen verschiedene Sorten öfters genau dieselbe Wachstumsart. Von dem Pilze, den Sie mir geschickt haben, getraue ich mir ruhig zu sagen, daß es die Monilia albicans ist. Die Franzosen haben

Digitized by Google

diesen Pilz unter dem Genus Endomyces untergebracht (VUILLEMIN 1899)."

Der Pilz, von GOUGEROT entdeckt, ist sicher nicht der Endomyces albicans, wohl aber ihm sehr nahe verwandt.

Tierversuch. Bei zwei Mäusen spritzte ich eine Emulsion dieses Pilzes unter die Haut ein. Die eine wurde dicker an der Stelle der Einspritzung und ist am achten Tage gestorben, die andere starb nach 6 Wochen. Drei Mäuse, welche ich zur Kontrolle hatte, sind am Leben

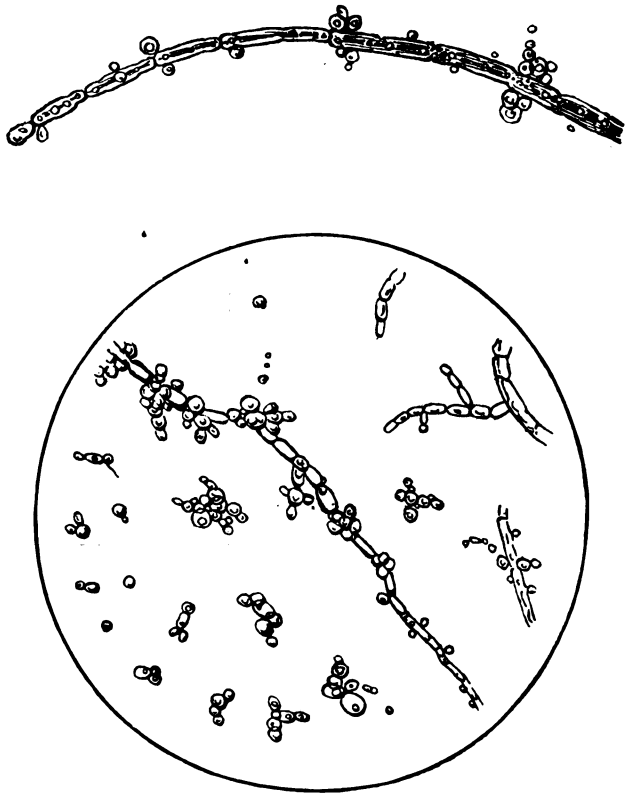


Fig. 2.

geblieben. GOUGEROT hat mit seiner Kultur die Retrokultur gemacht. Er brachte sie weiter in die Ader eines Kaninchens und auch in das Peritoneum einer Maus und bewirkte hierdurch eine rasch tödlich verlaufende Septikämie mit Peritonitis.

HUDELO bestrich die Schleimhaut der Mundhöhle von einem Meerschweinchen mit der Kultur seiner der Züchtung unterworfenen Fälle. Nach fünf Tagen sah er eine Affektion entstehen, worin er, durch mikroskopische Untersuchung der kranken Schleimhautteile, genau dieselben Myzeliumfäden und Hefezellen zeigen konnte, welche auch in der Kultur waren.

Digitized by Google

Den Serologen Sormani ersuchte ich die Agglutinations-Probe mit dem Serum des 7. Patienten ausführen zu wollen. Er fand diese Methode nicht zuverlässig, mit Pilzen nicht zu machen. Er konnte indessen nicht glauben, daß ein Prozeß, der seinen Sitz hauptsächlich im Stratum corneum hat, eine Epidermitis, das Blut immunisieren würde. Das Serum wurde mit einer physiologischen Salzauflösung verdünnt bis 1 : 250, die Verdünnung, wobei nach Gougerot das Serum die Emulsion von derselben Kultur noch sichtbar agglutinierte. Sormani fand keinen Unterschied zwischen der Röhre mit und ohne Serum. In den letzteren fand er schon vollständige Agglutination der schweren Hefesporen. Er ist dadurch im Widerspruch mit Gougerot, der offenbar auf diese Methode wohl bei dieser Sorte Affektionen Wert legt.

Diagnose. Die Affektion sieht einer Intertrigo und einer Trichophytie ähnlich. Der eingesetzten Behandlung nach, hielt man sie im Anfang im allgemeinen für einen intertriginösen Prozeß, und wie ich glaube, mit Recht. DieEpidermophytie zeigt sich meistens unter dem Bild eines Eczema marginatum (große Entwicklung der Läsionen, mit rotem, festoniertem, polyzyklischem Rande, leicht gefaltetem, kaum schilfernden, normalem Zentrum, worauf einige neue Effloreszenzen). Selten sieht man die erythematöse oder die ekzematöse Type. Von der Epidermophytie wird also die Epidermomykose wohl meistens schon klinisch zu unterscheiden sein.

Das Erythrasma ist eine Epidermitis sicca mit runden oder polyzyklischen, mattroten mit äußerst dünnen Schuppen bedeckten Stellen. Sie haben ganz oben in den Leisten ihren Sitz, aber überschreiten die Falten nach oben nicht und sind auch nicht fissuriert.

Die Intertrigo ist eine Epidermitis humida. Wo die Epidermomykosis diffus wird, ist es möglich, daß sie ihr ähnlich sieht. Außerhalb des diffusen Teiles findet man trichophytoïde Stellen, welche die mykotische Art des Prozesses vermuten läßt.

Ein Präparat einer Randschuppe, mit 30 %igem Kali behandelt, welches mikroskopisch Myzeliumfäden mit Sporengruppen von der Seite her erkennen läßt, bestätigt die Vermutung einer Epidermomykose.

Passtoors behandelte diese Fälle mit Nitras argenti und Pasta Lassar, Tinctura jodi, β-Naphtholsalbe, aber ohne Genesung zu erzielen. Sie heilten jedoch mit der Salbe von Unna (Schwefel-Pasta mit Zinnober und Terra silicea.). Gougerot benutzte Boraxbäder, pinselte danach mit 10 %igem Kreosotglyzerin, morgens und abends, und bekam dadurch bedeutende Besserung, keine Genesung. Hudelo behandelte seine Fälle durch leichtes Reiben mit einem sehr feinen Bimsstein, pinselte danach die angegriffenen Stellen einen Tag um den anderen mit 10 %igem Nitras argenti; manchmal trat bei dieser Behandlung Genesung ein. Die Affektion kann übrigens hartnäckig sein.

Digitized by Google

Fasse ich obenstehendes kurz zusammen: derselbe Parasit wurde in den Schuppen regelmäßig beobachtet, in 8 analogen Fällen. Der Pilz hatte tief in der Schicht der Schuppen seinen Sitz, nicht an der Oberfläche. Kulturen, welche unter den gleichen Bedingungen gezüchtet waren, ergaben immer dasselbe Bild, sechsmal schon rein bei der ersten Impfung, übrigens verunreinigt mit einem Staphylokokkus.

Der Parasit wurde identifiziert mit dem pathogenen, infektiösen Pilzen der Mundschwämme.

Der Pilz wurde gezüchtet bei acht sich ähnlich sehenden Krankheitsbildern, welche fast alle auf einem oder auf einem angrenzenden Krankensaale vorkamen, wahrscheinlich durch Ansteckung von einer Person auf die andere. Der Sitz der Affektion war immer derselbe, auf einer Stelle, wo es feuchtwarm ist.

Von Gougerot, Hudelo, Kaufmann-Wolff wurde eine verwandte Parasitenart gefunden, mit ähnlichen Krankheitsbildern, ebenso auf Stellen wo feuchte Wärme entwickelt wurde. Gougerot gab diese durch Retrokultur als den pathogenen Pilz an. Jod, Kreosot, Borax und Schwefel, demnach einfache Antiseptika für Hefe, übten eine heilende Wirkung aus. Auf Grund dieser Angaben meinte ich diesen Pilz als Ursache der genannten Affektionen ansehen zu dürfen. Sie sind nach meiner Meinung von Bedeutung, weil ihr Vorkommen in Hand- und Lehrbüchern der Hautkrankheiten nicht erwähnt wird, und weil sie als Intertrigo oder Ekzem aufgefaßt nicht heilen.

Nachschrift.

Mitte September wies mir Herr Prof. Mendes da Costa ein Ehepaar zu, das von außerhalb der Stadt kam. Sie litten an Schwämmen der Schamteile. Das klinische Bild sah ganz genau so aus, wie die oben beschriebenen Fälle. Diese Auffassung wurde näher bestätigt durch die mikroskopische Untersuchung der Schuppen. Auch hier fand ich Myzeliumfäden mit Ektosporen, lateral davon in Gruppen geordnet, weiter lose Gruppen von sporulierenden Hefezellen. Favus und Trichophytie zeigen nie in den Schuppen Ektosporen von der Seite her, wohl in Kulturen. Die Kultur stimmte mit der obengenannten Beschreibung überein, mykologisch war sie nicht zu unterscheiden von den anderen. Wenn das auch nicht unbedingt ein Beweis ist, daß deshalb Endomyces albicans vorliegt, ziehe ich doch hieraus die Folgerung es mit einem Soorpilz zu tun zu haben.

Die Frau hatte die Affektion zuerst in größerer Ausdehnung. Die Labia majora, die Leisten, die inneren Teile der Oberschenkel waren in ihren obersten Partien diffus affiziert; daneben abseitsstehende Effloreszenzen. Auch an der Vulva war die gleiche Affektion. Bei dem Manne hatte sie hauptsächlich ihren Sitz an der Haut des Penis, der Vorhaut und an der Glans, weiter an der Haut der Vorderseite des Skrotums. Bei

Digitized by Google

genauerer Beschreibung müßte ich wiederholen, was ich in dem genannten Status erwähnt habe. Die Folgerung ist klar, daß der Mann die Ansteckung von der Frau bekam, was auch die Anamnese lehrte. Vermutlich gingen Schwämme der Vagina voraus. Hieran ist man verpflichtet zu denken, wenn man nach dem Ausgangspunkte dieser Affektion sucht. Wir haben hier also Fälle, welche nicht auf Ansteckung in einem Krankenhaus beruhen.

Ein Schwefelpräparat und Vaginalirrigation bei der Frau brachten auch hier Genesung.

Herr Prof. Mendes da Costa war weiter so freundlich, mich auf folgendes aufmerksam zu machen. Im Jahre 1908 veröffentlichte er Beobachtungen[1]), eines infektiösen Eczema genitale und perigenitale. Auf einem Krankensaale, wo 57 Männer lagen, wurden 27 davon ergriffen. In den Kulturen wurden Hefezellen und Staphylokokken gefunden. Eine Folgerung über die Ätiologie dieser Affektionen wurde nicht gezogen. Auf Grund der Beschreibung dieses Ekzems und der Angaben, worüber wir jetzt verfügen, darf ich wohl annehmen, daß diese Affektionen genau dieselben gewesen sind als die oben von mir beschriebenen.

Aus dem Bezirksspitale in Ključ, Bosnien.

Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung.

(Mit Benutzung amtlicher Quellen.)

Von

Bezirksarzt Dr. Victor L. Neumayer, Spitalsleiter.

(Fortsetzung.)

Rückfälle kamen unter diesen Kranken bisher keine zur Beobachtung. Es ist aber auch noch keiner aus der Beobachtung entlassen, obwohl bei dreien schon mehr als fünf Jahre seit der Ansteckung verflossen sind, ohne daß ein Rückfall festgestellt worden wäre. Nach den Tilgungsvorschriften wären sie also zu entlassen gewesen. Daß sie es nicht sind, ist dies eine Erscheinung, die wir im weiteren Verlaufe dieser Mitteilung noch vielfach treffen werden und hat diese ihren Grund darin, daß eben in den letzten Jahren eine große Anzahl von Kranken nicht nachuntersucht wurde, weil sie im Felde stehen. Manche dieser Leute sind auch schon fünf Jahre und mehr beim Militär, indem sie die Mobilisierung des Jahres 1913 anläßlich des Balkankrieges mitmachten; manche vielleicht dienen auch noch länger, je nach der Zeit, in welcher sie ihre

[1]) Bericht der Niederl. Ver. f. Dermatologen. 25. Allg. Versamml. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1908, D. 1, Bldz. 955.

Digitized by Google

regelmäßige Präsenzdienstzeit angetreten haben. Die gelegentlichen Heimatsurlaube dieser Leute fielen aber meist nicht mit den regelmäßigen Amtstagen der Syphilistilgung zusammen. Dergestalt kamen manche Leute mehrere Jahre nicht zur Nachuntersuchung. Für unseren Bericht ist dies aber wenig belangreich; daß unter diesen Leuten beim Militäre Rückfälle aufgetreten sind, ist nicht anzunehmen, weil zufolge eines Kriegsministerialerlasses die unter den Soldaten auftretenden Syphilisfälle der Heimatgemeinde anzuzeigen sind, damit die Betreffenden nach der Demobilisierung in Buchführung genommen werden können. Bis heute aber ist unserem Bezirksamte noch kein solcher Fall einer Anzeige von militärischer Seite zugekommen.

Mit Tod abgegangen ist von diesen Primärsyphilitikern bisher einer.

Eine sehr hohe Zahl entfällt auf die sekundären Fälle, nämlich 1108. Eine Erklärung für diese hohe Zahl kann ich nicht geben, es wird aber wohl so sein, daß die Primäraffekte nicht zur Beobachtung kommen. Auffallend bleibt es aber immerhin, daß auch kein außergeschlechtlich erworbener Primäraffekt gesehen wurde. Sollte die außergeschlechtliche Ansteckung unserer Bevölkerung, welche ja die Regel darstellt, lauter solche Erscheinungen zeitigen, welche als sekundär angesprochen zu werden pflegen? Man muß fast etwas Derartiges annehmen.

Männlichen Geschlechts waren 748 der Erkrankten, weiblichen deren 360, ein Verhältnis also, welches ungefähr gleich dem ist, das die Gesamtzahl aller ergab.

Verschoben ist dagegen das Verhältnis zwischen Kindern und Erwachsenen, indem von ersteren 350, von letzteren 758 gezählt wurden. War dort der Stand beiläufig wie 1 : 3, so ist er hier fast wie 1 : 2. Zur Erläuterung dieser wahrscheinlich manchen überraschenden Erscheinung sei auf das bereits früher Gesagte verwiesen.

Soweit die Hausnummer unserer Kranken bekannt ist, verteilen sich diese Fälle auf 542 Hausgenossenschaften. Von 32 Kranken ist die Hausnummer unbekannt, und vermag ich daher nicht anzugeben, ob sie unter diese 542 Hausgenossenschaften einzubeziehen sind oder für sich leben. Von „Hausgenossenschaften" wird gesprochen, weil bei unserer Bevölkerung noch altväterliche Verhältnisse herrschen und die heiratenden Kinder sich meist keinen eigenen Herd gründen, sondern im Hause des männlichen Teiles verbleiben. Selbst nach Abzug dieser 32 Kranken würden also auf jedes Haus immer noch nahezu 2 Kranke kommen. Dies spricht, wenn auch nicht gerade für sehr hohe, so doch immerhin für eine Ansteckungsgefahr, die nicht zu vernachlässigen ist.

Betrachten wir die Kranken nach den Zugangsjahren, so ergibt sich folgendes Bild:

Digitized by Google

Es	stammen	aus	dem	Jahre	1905:	29
„	„	„	„	„	1906:	58
„	„	„	„	„	1907:	110
„	„	„	„	„	1908:	174
„	„	„	„	„	1909:	159
„	„	„	„	„	1910:	190
„	„	„	„	„	1911:	58
„	„	„	„	„	1912:	54
„	„	„	„	„	1913:	142
„	„	„	„	„	1914:	19
„	„	„	„	„	1915:	12
„	„	„	„	„	? :	4
					Summe	1108.

Zunächst ist aus dieser Zusammenstellung zu erkennen, wie mit dem Beginne der planmäßigen Tilgung im Jahre 1908 die Zahl der zur Behandlung kommenden Syphilitiker jäh in die Höhe schnellt. Unter der Wirkung der Tilgungsaktion fällt die Zahl der Kranken dann langsam und stetig ab. Ein jäher Abfall liegt zwischen 1910 und 1911, warum, kann ich nicht ergründen. Das Jahr 1913 gibt wieder ein starkes Hinaufschnellen der Erkrankungsziffer. Dies hat seinen Grund, wie in unserer ersten Mitteilung ausgeführt wurde, darin, daß in diesem Jahre eine tatkräftige Durchforschung auch der weiblichen islamitischen Bevölkerung einsetzte, indem damals meine Frau zur freiwilligen Mitwirkung herangezogen wurde. Weiter zeigt obige Aufstellung, welch rascher und steter Abfall des Krankenzuganges von diesem Zeitpunkte an einsetzte. Eröffnete doch erst diese Mitwirkung meiner Frau die Möglichkeit, alle Ansteckungsquellen aufzudecken und zu verschließen. Bezüglich der näheren Einzelheiten verweise ich auf unsere erste Veröffentlichung (1). Jedenfalls aber kann man sich bei der Betrachtung obiger Zusammenstellung des Eindruckes nicht erwehren, daß im Zeitraume 1913—1914 ein Hauptschlag gegen die Syphilis im hiesigen Bezirke geführt wurde.

Rückfällig wurden von den gesamten 1108 sekundären Fällen 403. Es entspricht dies mehr als einem Drittel! Auf die mit Salvarsan behandelten Kranken kommen von diesen 403 Fällen deren nur 37, also nicht ganz 9% der Gesamtsumme aller Rückfälle. Dabei betrug aber die Gesamtzahl aller mit Salvarsan behandelten sekundären Fälle 344, also mehr als 32% der Summe aller unserer sekundären Krankheitsformen. Das Hundertstelverhältnis der sich ereignenden Rückfälle hat sich demnach seit der allgemeinen Durchführung der Salvarsanierung wesentlich gebessert.

Digitized by Google

BLASCHKO (8) spricht über die Rückfälle, deren Häufigkeit usw. S. 152: „Aber um den Nachweis zu liefern, daß tatsächlich eine Verschiedenheit der Krankheitserreger an einer Verschiedenheit der Krankheitsbilder schuld ist, bedürfen wir des Nachweises, daß ein und derselbe Krankheitstyp immer wieder den gleichen Krankheitstyp verursacht. Aber hier lassen uns die Konfrontationen im Stiche, ja sie sprechen eher gegen eine solche Annahme." Das hier Gebrachte bezieht sich auf die Frage, warum die Syphilis des einen viele Male wiederkehrt, die des anderen aber nicht. Bei unseren Syphilitikern haben wir sicher eine ziemlich einheitliche Ursprungsquelle. Die Krankheit dürfte vor einigen hundert Jahren von den einfallenden Osmanen in das Land gebracht worden sein. Seit damals ist der Erregerstamm kaum aufgefrischt worden, sondern wir haben es gleichsam mit einem immer am gleichen Menschenschlag fortgezüchteten Erreger zu tun. Manche von unseren Kranken aber wurden wiederholt rückfällig, manche hinwieder wurden es gar nicht. Wo es aber zu wiederholten Rückfällen kam, waren es fast nur „solche mit ganz leichten Hauterscheinungen", wie dies auch BLASCHKO sagt.

Diese Häufigkeit der Rückfälle bei einem Teile unserer Kranken verschwindet erst seit der Einführung der Salvarsanbehandlung. Der Stamm der Erregers aber hat sich sicher nicht geändert, da eine solche Änderung auf einen Schlag, wie eben die Behandlung mit Quecksilber auf einen Schlag in die mit Salvarsan übergeführt wurde, kaum denkbar ist. Die Häufung der Rückfälle bei manchen Kranken dürfte also wohl, abgesehen von den im Organismus liegenden Gründen, in Unzulänglichkeiten der Behandlung begründet sein, die sich unseren Blicken entziehen.

Unter diesen Rückfällen der sekundären Kranken sind auch alle jene mit eingerechnet, welche laut Syphilisstandesbuch bei ihrem Rückfalle Erscheinungen aufwiesen, die zu den tertiären gerechnet zu werden pflegen, soweit solche tertiäre Erscheinungen zum ersten Male vorkamen.

Von allen diesen 403 Rückfällen wurden rückfällig:

Einmal	229
Zweimal	115
Dreimal	41
Viermal	12
Fünfmal	5
Sechsmal	1
Summe	403.

Mehr als 43% aller rückfällig gewordenen Personen bekamen demnach mehr als nur einen Rückfall.

Digitized by Google

Die Zeit zwischen der festgestellten Ersterkrankung und dem ersten Rückfalle schwankte zwischen einem Monate und acht Jahren.

Wenn nun auch die Angaben in dieser Richtung vielen Fehlern unterliegen, weil doch nicht immer jeder Rückfall sofort nach seinem Auftreten festgestellt wird, so kann doch gesagt werden, daß die Zeit zwischen der Ersterkrankung und dem ersten Rückfalle in 217 Fällen sicher mehr als ein Jahr betrug. Es ist dies also ungefähr die Hälfte aller rückfällig gewordenen Personen. Dies steht also nicht in Übereinstimmung mit dem, was STERN (6) annimmt, daß diejenigen Syphilitiker, die nicht innerhalb des ersten Jahres rückfällig werden, in der Regel überhaupt nicht mehr rückfällig werden. Dazu kommt noch, daß sicherlich ein Großteil unserer Kranken, namentlich in der Vorsalvarsanzeit, ungenügend behandelt wurde, ein Rückfall also erst recht binnen Jahresfrist zu erwarten gewesen wäre. Denn die innere Quecksilberbehandlung, welche hier, wie wir hörten, die meist verwendete war, gilt wohl als recht wenig leistungsfähig. STERNs Ansicht scheint also für unseren Stoff nicht zu Recht bestehen.

Auch was den Zwischenraum zwischen Ersterkrankung und Rückfall nach Überstehung der kritischen Frist von einem Jahre betrifft, ist derselbe bei uns sehr wechselnd, indem er sich bis zu acht Jahren ausdehnt. Ich denke, man müßte daraus wenigstens die Folgerung ziehen, die bis zur Entlassung als notwendig festgesetzte, rückfallsfreie Zeit von 5 Jahren, wie sie jetzt ist, auf 8 Jahre auszudehnen.

Nach fünfjähriger Rückfallsfreiheit wurden bis zu Beginn dieser Zusammenstellung — Frühjahr 1917 — 450 Kranke gesund entlassen. Lediglich nach der Rückfallsfreiheit zu urteilen, wäre noch eine nicht unbeträchtlich größere Zahl zu entlassen gewesen; dies kann aber derzeit noch nicht geschehen, da diese Leute im Felde stehen, demnach die für die Entlassung entscheidende Untersuchung nicht vorgenommen werden kann.

Von diesen Entlassenen sind nachträglich abermals erkrankt 10. Dazu wären noch drei bis vier andere zu rechnen, welche auch bereits zu entlassen gewesen wären, da sie fünf Jahre rückfallsfrei geblieben, die aber aus äußeren Gründen — Militärdienst oder dergleichen — nicht entlassen wurden und welche neuerlich zur Behandlung kamen, indem sie bei der zwecks Entlassung vorgenommenen Untersuchung krank befunden wurden. Ich denke, daß es sich in allen diesen Fällen nicht um Neuansteckungen, sondern um Rückfälle handelte.

Mit Tod abgegangen sind 85 meiner sekundären Syphilitiker, das sind demnach etwas mehr als 7,22%.

Von diesen starben in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung:

Digitized by Google

27, die jünger waren als 50 Jahre und 3, die dieses Alter hinter sich hatten. Kinder befanden sich unter diesen 27 Leuten 21.

In den zweiten drei Jahren nach der Erkrankung starben: 23, die jünger waren als 50 Jahre und 2, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen 23 waren 7 Kinder.

In den dritten drei Jahren nach der Erkrankung starben: 17, die jünger waren als 50 Jahre und 13, die dieses Alter hinter sich hatten. Kinder befanden sich darunter überhaupt keine.

Von den gesamten 85 Toten waren demnach älter als 50 Jahre 18 Personen und jünger 67; unter diesen 67 befanden sich 28 Kinder. Von den jünger als mit 50 Jahren Gestorbenen stand also nahezu die Hälfte im kindlichen Alter. Betrachtet man dagegen die Zahl der Jahrgänge (12 zu 50), so hat man kaum ein Viertel derselben vor sich, und auf dieses Viertel kommt fast die Hälfte aller Todesfälle!

Von allen erkrankten Kindern sind also bereits 8% mit Tod abgegangen, während von den Erwachsenen nur 7,52% zugrunde gingen. Dieses Verhältnis wäre eigentlich nicht allzu ungünstig; man muß aber bedenken, daß eine große Zahl unserer Kranken erst in späten Jahren sich ihr Leiden erwarb.

In einem richtigeren Lichte dürfte sich dieses Verhältnis zeigen, wenn man jene 18 Verstorbenen aus der Zahl der Erwachsenen wegläßt, welche das 50. Lebensjahr überschritten hatten. In diesem Falle stellt sich das Hundertstelverhältnis für die Erwachsenen nur auf etwas mehr als 5,40%. Wir haben also auch bei uns, wie das ja allgemein bekannt ist, eine Übersterblichkeit der Kinder. Dabei fällt die Höchstzahl der kindlichen Sterbefälle in die ersten drei Jahre nach der Ansteckung, in welchen sie das Dreifache jener erreicht, welche späterhin auftritt.

Auch mein Material zeugt also von der besonders verheerenden Wirkung der Syphilis im jugendlichen Organismus.

Eine der gestorbenen Frauen, die acht Jahre nach der Erkrankung starb, hatte zwei Jahre vor ihrem Tode ein gesundes Kind geboren.

Zu diesen Todesfällen kommt noch ein weiterer, bei dem die Zeit der Ersterkrankung nicht bekannt ist und welcher zwei Jahre nach dem letzten Rückfalle verschied.

Es sei aber nicht unerwähnt gelassen, daß die Zeitangaben über die Todesfälle und daher auch ihre Beziehung zur Ersterkrankung nicht ganz sicher sind, weil die Todesfälle vielfach erst ziemlich spät gemeldet werden und dann die Leute gewöhnlich das genaue Datum nicht angeben können. Es muß also hier ebenso wie bei den Altersangaben eine gewisse Zurückhaltung beobachtet werden.

Als Opfer des Weltkrieges haben weiter noch sechs meiner Syphili-

Digitized by Google

tiker das Leben gelassen, soweit dies wenigstens bis Mitte Februar bekannt wurde. Es ist dies eine Zahl, welche späterhin, auch bis zu dieser Frist gerechnet, sich sicher wesentlich erhöhen wird. Denn es ist eine Anzahl von Syphilitikern als vermißt gemeldet, von welchen sicher ein Teil zu den Toten gehören wird. Ausgewandert und dadurch unseren Blicken entschwunden sind 4 Personen.

Von größtem Interesse wäre es nun natürlich, die prozentuelle Sterblichkeit unter der gesamten Bevölkerung meines Bezirkes während der fraglichen Jahre zu kennen. Da die Zahl der Syphilitiker unter der ganzen Bevölkerung mit hinreichender Genauigkeit bekannt ist, da ferner die Zahl der Todesfälle unter diesen gleichfalls gegeben ist, so wäre auf rechnerischem Wege etwas zu ermitteln, was nach BLASCHKO von sehr hohem Werte wäre, nämlich das Verhältnis zwischen den Sterbefällen unter den Nichtsyphilitikern und unter den Syphilitikern, mit anderen Worten, die allfällige Übersterblichkeit der Syphilitiker, oder, der Grad der Verkürzung des Lebens durch die Syphilis.

Die hier in Betracht kommenden Zahlen wären unschwer von dem die Geburts- und Sterberegister führenden Militärreferenten zu erlangen, doch leider ist dieser während der Kriegszeit durch andere Geschäfte so in Anspruch genommen, daß ich diese wertvolle Zusammenstellung einer anderen Zeit vorbehalten muß. Ich werde sie aber verläßlich bringen.

Von meinen sekundären Fällen sind 44 tertiär geworden. Davon entstammen eigener Beobachtung 13. Unter diesen befindet sich ein Bursche, der nach einer Kontusion des linken Radius an dieser Stelle ein Gumma bekam.

In diese 44 Fälle wurden jene nicht einbezogen, bei welchen sich von der Hand meines Vorgängers eine Anmerkung findet, daß der Betreffende zu irgend einem schematisch angenommenen Zeitpunkte, z. B. 31. 12. tertiär geworden ist. Wie mir Kollege Dr. DÖRNER auf eine diesfällige Anfrage mitteilt, tat er dies dort, wo er bei seinen Tilgungsreisen auf Erscheinungen tertiärer Form stieß und die Leute nicht genau anzugeben vermochten, seit wann diese bestanden, sondern nur sagten: „längere Zeit". Das schematische Datum bedeutet in diesen Fällen also, daß das Tertiärwerden vor diesem Termine eintrat. Wegen dieser Ungenauigkeit und weil man heute überhaupt der Formeinteilung dieser Art nur noch wenig Wert beimißt, glaubte ich, diese Fälle außer Betracht lassen zu müssen. Und noch mehr dürfte dieser Wert dadurch sinken, daß es sich eben um zwei Beobachter, Dr. DÖRNER und mich, handelt; der eine wird aber vielleicht etwas als tertiär ansprechen, was der andere noch zur sekundären Syphilis zählt und umgekehrt.

Digitized by Google

Der Salvarsanbehandlung wurden von meinen Syphilitikern 344 zugeführt. Von diesen sind 18 gestorben.

Dies würde also im Gegensatze zu dem oben ermittelten Hundertstelverhältnisse der Gesamtzahl, das etwas mehr als 7,52% ausmacht, mit ungefähr 2,3% ein wesentlich günstigeres Ergebnis darstellen. Es darf dabei aber freilich nicht außer acht gelassen werden, daß die Beobachtungszeit für die Salvarsanfälle wesentlich kürzer ist. Freilich glaube ich nicht, daß selbst eine längere Beobachtungszeit ein Hundertstelverhältnis schaffen wird, wie es die nicht mit Salvarsan Behandelten zeigen.

Auf die ohne Salvarsan behandelten 764 sekundären Syphilitiker kommen 57 Todesfälle, d. i. ungefähr 7,46%.

Auf die mit Salvarsan Behandelten kommen, wie erwähnt, 2,3%. Also auch wenn wir jede Gruppe für sich betrachten, schneidet die Salvarsangruppe günstiger ab. Was von der Länge der Beobachtungszeit gilt, wurde bereits weiter oben erwähnt.

Von den auf die 344 Salvarsanfälle kommenden 18 Toten starben jenseits des Kindesalters in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung: 3, die jünger waren als 50 Jahre und keiner, der dieses Alter hinter sich hatte.

In den zweiten drei Jahren nach der Erkrankung starb: 1, der jünger war als 50 Jahre und keiner, der dieses Alter hinter sich hatte.

In den dritten drei Jahren starb: 1, der jünger war als 50 Jahre und 1, der dieses Alter hinter sich hatte.

Dem Kindesalter gehörten 11 Tote an, sämtliche in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung gestorben; der 18. fiel dem Weltkriege zum Opfer.

Die gleiche Zusammenstellung für diese 764 ohne Salvarsan behandelten Kranken ergibt folgendes:

Es starben in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung: 13, die jünger waren als 50 Jahre und 3, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen 13 befanden sich 10 Kinder.

Es starben in den zweiten drei Jahren nach der Erkrankung: 22, die jünger waren als 50 Jahre und 2, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen 22 Personen befanden sich 7 Kinder.

Es starben in den dritten drei Jahren nach der Erkrankung: 16, die jünger waren als 50 Jahre und 12, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen befanden sich keine Kinder.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie.

Offener Brief an die Redaktion.

Dresden, den 8. Januar 1918.

Sehr verehrter Herr Professor!

Wie Sie ja selbst wahrscheinlich wissen, ist Deutschland zurzeit von einer Bartflechten-Epidemie bedroht, man kann sogar sagen überschwemmt, die sich immer mehr ausbreitet. Ich stehe bereits seit längerer Zeit in Korrespondenz mit Stabsarzt MEIROWSKY und würde es sehr dankbar begrüßen, wenn wir in Ihrer Zeitschrift diese Frage nach verschiedenen Seiten erörtern könnten. Die Sache ist ja dadurch besonders interessant, daß die Seuche wahrscheinlich aus dem Westen durch das Heer eingeschleppt worden ist und sich der Weg, den sie genommen hat, anscheinend chronologisch verfolgen läßt. Interessant ist ja auch ferner das Auftreten aller möglichen Trichophytonformen, die wir früher in Deutschland nicht gekannt haben und auf die insbesondere W. FISCHER in Berlin aufmerksam gemacht hat. Dann kämen noch in Frage die besten Behandlungsweisen der Trichophytie, die Einwirkung der verschiedenen Lichtbehandlungsmethoden und die Maßnahmen, die am besten geeignet sind, unter den heutigen Verhältnissen einer Bekämpfung dieser Seuche dienlich zu sein. Auch die Frage, ob und welche Bartflechtenkranke des Heeres unter den jetzigen Verhältnissen ambulant behandelt oder auf die Station aufgenommen werden sollen, bedarf der Besprechung, weil sich unter Umständen eine bedeutende Erweiterung der Hautstationen dadurch nötig machen würde.

Alle diese Fragen sind bei der Größe einer Epidemie, wie sie Deutschland noch nicht gesehen hat, glaube ich, wichtig genug, um in Ihrem geschätzten Blatt einmal ausführlich besprochen zu werden.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr stets sehr ergebener

GALEWSKY.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Die nicht venerischen Genitalgeschwüre, von Dr. BACHRACH-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1913. Nr. 48.) BACHRACH gibt einen Überblick über Geschwüre an den Genitalien, die nicht venerischen Ursprunges sind, aber in ihrem Aussehen sehr oft den Ulcera mollia gleichen; das Fehlen der Streptobazillen DUCREY-KREFTING-UNNA und der meist gutartige Verlauf unterscheiden dieselben von den venerischen Geschwüren. An erster Stelle nennt der Verfasser die bei Diabetikern aus einer Balanitis resp. Vulvitis oder aus einer gewöhnlichen Erosion sich entwickelnden Geschwüre, die leicht zustande kommen, da der widerstandsunfähige Organismus dem Eindringen von Saprophyten keinen Einhalt zu tun vermag. Ferner kommen die im Anschluß an akute Infektionskrankheiten (Masern, Diphtherie, Typhus — seltener Cholera und Dysenterie) oft an den Genitalien auftretenden Geschwüre in Betracht; dieselben entstehen oft durch direkte Übertragung der Infektionserreger an die Genitalien und sind meist ein Zeichen für die Schwere der Erkrankung und prognostisch ungünstig. Bei der Diphtherie sind primäre Vulvodiphtheriegeschwüre beobachtet worden. Von den chronischen Infektionskrankheiten ist die Tuberkulose häufig die Ursache für Genitalgeschwüre; hier sind dieselben entweder primär oder sekundär; in letzterem Falle sind sie entweder auf hämatogenem Wege oder durch Infektion benachbarter tuberkulöser Organe hervorgerufen (tuber-

Digitized by Google

kulöse Adnexerkrankungen oder tuberkulöse Prostatitis oder Periproktitis); bei primärer Tuberkulose ist die Infektion auf exogenem Wege oft nachweisbar (z. B. bei der rituellen Beschneidung). Dann bespricht der Verfasser die Hauterkrankungen, die sich am Genitale lokalisieren, und deren geschwürige Manifestationen zur Verwechslung mit venerischen Ulzera führen können. Hierher gehören außer Arzneiexanthemen, Pemphigus vulgaris, Erythema exsudativum multiforme, Varizellen, u. a. auch der Pemphigus vegetans. Ein besonderes Krankheitsbild bilden die Ulzerationen an den Genitalien im Anschluß an Pyodermitiden, wie die im Anschluß an die Impfung auftretenden. Endlich sind zu erwähnen die herpetischen, aphthösen, pseudotuberkulösen Ulzera, die an den Genitalien lokalisiert oft die Diagnose gegenüber den venerischen Geschwüren erschweren. Mit seiner Zusammenstellung dieser mannigfachen Genital-Geschwüre verbindet der Verfasser eine genaue Schilderung des klinischen Bildes derselben wie die Aufzählung der differential diagnostisch wichtigen Momente zwischen venerischen und nicht venerischen Geschwüren, welche die Lektüre der Arbeit sehr empfehlenswert macht. O. Lasch-Breslau.

Zystoskopische rektovesikale Durchleuchtung, von S. Pelouze-Philadelphia. (New York m. J., 14. Okt. 1916.) Bei Krankheitszuständen, die zwischen Blase und Mastdarm liegen (subvesikalen Veränderungen), gibt die Untersuchung per rectum einen, im besten Falle unsicheren Befund, und P. empfiehlt daher schon seit langem die mittels Zystoskop auszuführende Durchleuchtungsmethode. Das Zystoskop wird in die mit Wasser gefüllte Blase eingeführt, der eine elektrische Pol in das Rektum und dann gelingt es, die Blasenveränderungen und die zwischen Blase und Mastdarm liegenden Gewebe genau zu erkennen. P. konstruierte einen etwas gebogenen Stiel als Träger der Durchleuchtungslampe, da ein gerader nicht nur die seitliche Bewegungsfähigkeit hinderte, sondern auch zu scharf auf den Blasengrund eindrang; die Lampe gibt ein ausgezeichnetes Licht und, da sie von einer Luftkammer umgeben ist, ist die Gefahr einer Verbrennung nicht vorhanden. Der Hauptwert dieser Methode liegt in der Feststellung von Gewebsinfiltrationen, die in der Blasen-, Prostata- oder Mastdarmgegend liegen, und der Diagnose von Steinen am unteren Ureterenende. Ob sie auch bei Veränderungen der Samenbläschen von Wert ist, erscheint P. deshalb fraglich, weil dieselben so sehr variierende Bilder geben, daß man wohl nur zögernd vom Schatten allein eine Diagnose auf entzündliche Veränderungen stellen würde; immerhin würde bei Perivesikulitis die Methode bei Vorhandensein anderer Erscheinungen die Diagnose erhärten. M. Stern-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die brotfreie Behandlung in der Dermatologie, von R. Sabouraud. (Presse méd., 1917, Nr. 10.) Verf. hat gute Resultate gesehen, wenn bei Dermatosen, die sich bei Fettsucht finden, namentlich Ekzemen, dann bei Gesichtsaffektionen, die mit Hyperazidität einhergehen (Akne, Kongestionen) das Brot völlig aus der Nahrung ausgeschaltet wird. R. Frühwald-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Februar 1918 | Nr. 6 | Band 66

Aus Rudolf Berghs Hospital in Kopenhagen (Direktor: Priv.-Doz. Dr. Jersild).

Syphilis 16 Jahre nach der Infektion auf den Fötus übertragen.

Von

Dr. M. Brun Pedersen.

Obschon in der Literatur nicht wenige Fälle von vererbter Syphilis vorliegen, die erst viele Jahre nach Infektion der Mutter stattfand, scheint mir folgende Krankengeschichte doch interessant genug, um hier veröffentlicht zu werden.

Am 10. August dieses Jahres wurde hier im Krankenhause ein acht Wochen altes Mädchen aufgenommen, das nach Aussage der Mutter rechtzeitig geboren war und auch im ersten Lebensmonate bei künstlicher Nahrung ausgezeichnet gedieh. Als das Kind einen Monat alt war, begann es schlecht auszusehen, gleichzeitig bekam es starken Schnupfen, der seitdem hartnäckig anhielt. Kurze Zeit nachher trat außerdem Exanthem auf, und nach kürzerer Beobachtung im Heim wurde das Kind ins Krankenhaus überführt.

Die Untersuchung hier ergab deutliche Zeichen von Syphilis congenita; außer dem oben erwähnten, purulenten Schnupfen wurden zahlreiche Fissuren und Rhagaden um den Mund herum, schuppende Flecken am Körper ohne sicheres Gepräge und diffuse Abschilferung in den Handflächen gefunden. Es war nur unbedeutende Adenitis vorhanden, und Leber und Milz schienen nicht vergrößert zu sein.

Die Wassermann-Reaktion im Serum war kräftig positiv.

Die Mutter des Kindes wurde vor 16 Jahren mit Syphilis angesteckt; im ersten Jahre hatte sie im ganzen drei Ausbrüche, die mit Inunktionen behandelt wurden. Später nie Rezidiv, die Wassermann-Reaktion wiederholte Male negativ. Sie ist nie präventiv behandelt worden. Vier Jahre nach der Infektion verheiratete sie sich mit einem vermeintlich gesunden Manne, von dem sie im ganzen vier Kinder bekommen hat (sonst ist sie in ihrer Ehe nicht schwanger gewesen). Die drei ältesten Kinder, die jetzt 10, 7 und 5 Jahre alt sind, waren immer gesund, das jüngste, welches vor drei Jahren geboren wurde, starb, als es ein halbes Jahr alt war, an einem akuten katarrhalischen Leiden. Bei den drei vollständig gesunden Kindern ist es leider unmöglich gewesen, eine Wassermann-Reaktion vorzunehmen; dagegen war dieselbe beim jüngsten, verstorbenen, negativ.

Vor ungefähr zwei Jahren verließ der Mann die Mutter des Kindes, und diese ließ sich einige Zeit später in Verkehr mit einem anderen Mann ein; die Frucht dieser Verbindung ist eben dieses Kind. Der betreffende Mann, den wir untersuchten, gibt an, daß er in jungen Jahren (vor 14—15 Jahren) „ein Geschwür“ hatte, daß nach kurzer Selbstbehandlung verschwand und nicht von nachfolgenden generellen Symptomen irgend welcher Art abgelöst wurde. Außer diesem Leiden leugnet er Geschlechtskrank-

Digitized by Google

heiten und jede antisyphilitische Behandlung. Bei der Untersuchung fand man auch keinen Anhaltspunkt für Syphilis, und sein Blutserum gab eine negative Wassermann-Reaktion.

Die Mutter des Kindes haben wir gleichfalls untersucht, aber auch hier sind weder klinische noch serologische Symptome von Syphilis.

Es handelt sich also augenscheinlich um eine Frau, die vor 16 Jahren mit Syphilis angesteckt wurde, die aber, abgesehen vom ersten Jahr, anscheinend sehr mild verlief. Nachdem sie mit demselben, wahrscheinlich gesunden Manne, vier nichtsyphilitische Kinder zur Welt gebracht hatte, bekommt sie 16 Jahre nach der Infektion mit einem anderen, vermutlich auch gesunden Manne ein Kind, das ausgeprägte Zeichen einer angeborenen Syphilis aufweist. Das Eigentümliche hierbei sind zum Teil die 16 Jahre, die zwischen der Infektion und der Übertragung auf das Kind verlaufen sind, aber in noch höherem Grad die Tatsache, daß die Mutter in dieser langen Zwischenzeit trotz wiederholter Schwangerschaft ausschließlich gesunden Nachwuchs in die Welt gesetzt hat, ja daß nicht ein einziges Mal weder eine Fehl- noch eine Frühgeburt zu verzeichnen war.

Aus dem Bezirksspitale in Ključ, Bosnien.

Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung.

(Mit Benutzung amtlicher Quellen.)

Von

Bezirksarzt Dr. Victor L. Neumayer, Spitalsleiter.

(Schluß.)

Auch diese Aufstellung läßt uns eine starke Übersterblichkeit der Kinder, namentlich in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung erkennen; diese hält, wenn auch vermindert, in den zweiten drei Jahren gleichfalls noch an.

Wie aber steht es mit der Übersterblichkeit der Kinder unter den mit Salvarsan behandelten Kranken?

Elf von den 18 Toten der Salvarsanreihe entfallen, wie wir oben hörten, auf Kinder, und diese starben sämtlich in den ersten drei Jahren nach der Ersterkrankung. Dies macht 61% aller Todesfälle dieser Gruppe aus.

Wenn wir in Betracht ziehen, daß von diesen 344 mit Salvarsan behandelten sekundären Syphilitikern 119 Kinder waren, so sehen wir, daß also von den mit Salvarsan behandelten sekundär syphilitischen Kindern 9,24% gestorben sind.

Digitized by Google

Der Hundertstelsatz an Todesfällen unter den mit Salvarsan behandelten Kindern ist also noch immer fast um die Hälfte größer als der Hundertstelsatz der gesamten Sterbefälle unter den sekundären Syphilitikern. Dieses Verhältnis erscheint erst dann in günstigerem Lichte, wenn man erwägt, daß 61% aller Sterbefälle unter dieser Klasse allein auf Kinder entfallen. Immerhin aber ist die Sterblichkeit unter den mit Salvarsan behandelten Kindern noch immer eine dreimal größere als jene unter der gleichen Klasse Erwachsener.

Nach Abzug der 119 auf das Kindesalter kommenden Krankheitsfälle von den 344 überhaupt mit Salvarsan behandelten verbleiben 225 Erwachsene, welche salvarsaniert wurden. Unter diesen ereigneten sich, abgesehen von dem einen auf die Rechnung des Weltkrieges zu setzenden Todesfalle, 6 Sterbefälle. Das sind 2,66%. Es ergibt sich also, wie erwähnt, immer noch eine mehr als dreifach so hohe Sterblichkeit unter den sekundär syphilitischen Kindern wie unter den Erwachsenen, trotz der Salvarsanbehandlung.

Nicht mit Salvarsan behandelt wurden 231 sekundär syphilitische Kinder. Von diesen sind 17 gestorben, was also etwas mehr als 7% bedeutet. Der Hundertstelsatz unter den mit Salvarsan behandelten Kindern würde sich also um ungefähr 2% höher stellen als jener unter den nicht mit Salvarsan behandelten Kindern. Ich glaube aber nun keineswegs, daß dieser größere Hundertstelsatz dem Salvarsan zur Last fällt oder vielleicht gar das Salvarsan daran schuld sei. Man muß nämlich erwägen:

1. Unter den als mit Salvarsan behandelt angeführten Kindern befindet sich eine Anzahl von Rückfällen, welche bei verschiedenen anderen, schon früher eingetretenen Rückfällen, eben noch ohne Salvarsan behandelt wurden, wo die Syphilis also oft jahrelang Zeit gehabt hatte, die Gesundheit dieser Kinder zu untergraben und ihre Widerstandsfähigkeit zu schwächen, ehe Salvarsan gegeben wurde.

2. Unter den mit Salvarsan behandelten Kindern ist eine Anzahl solcher allerzartesten Alters, von 1 bis 4 Monaten bis zu einem Jahre. Und gerade unter dieser Gruppe von Kindern ist die Sterblichkeit auch ohne Syphilis eine sehr hohe, und ist es namentlich hierzulande, wo, wie ich in früheren Mitteilungen wiederholt betonte, die Kinderpflege und Kinderhygiene noch in ihren allerersten Erstlingsschuhen geht. Diese Zahlen unserer Statistik stehen also noch gewaltig unter dem Einflusse der normalen Kindersterblichkeit des ersten Lebensjahres.

3. Es wurden der Salvarsanbehandlung auch Kinder unterzogen, bei denen es sich eben um ein letztes verzweifeltes Eingreifen handelte. Und manche dieser allerelendesten Würmchen waren eben auch mit Salvarsan nicht mehr ihrem Schicksale zu entreißen.

Digitized by Google

Soll man sich also vielleicht durch diese Erfahrungen und Zahlen abhalten lassen, kleinste Kinder der Salvarsanbehandlung zuzuführen? Ich glaube nicht, denn ich darf auch nicht verschweigen, daß ich kleinste Kinder mit Salvarsan behandelt habe, allerdings bei der ersten Erkrankung an Lues, von denen ich nicht geglaubt hätte, daß ihr Leben auch nur noch nach Tagen zähle. Und sie sind geradezu wunderbar erblüht und entwickelten sich zu kraftstrotzenden, vollkommen gesunden Kindern.

Leider kann ich den Zahlen über die mit Salvarsan behandelten kleinsten Kinder keine solchen über Kinder gleicher Altersstufe entgegenstellen, welche ohne Salvarsan behandelt wurden. Ich verfüge da über kaum 2 Fälle. Und dies hat seinen Grund in folgendem: solche allerkleinste und schwächste Kinder wuchsen erst zu, als die tiefstgreifende Durchforschung der muslimanischen Frauen durch die Mithilfe meiner Frau einsetzte. Denn die Männer brachten diese schwachen Würmer nicht zur Durchforschung, weil sie selbe nicht von ihren Müttern trennen wollten. Und auch als die Durchforschung der Frauen durch eine Ärztin begann, rutschten diese armen Geschöpfe durch, weil die Durchforschung eben wegen des Kommens der Ärztin von weither, wie in einer früheren Mitteilung ausgeführt wurde, nicht auf alle Frauen ausnahmslos erstreckt werden konnte. Es fehlte eben die Möglichkeit, die Ausgebliebenen immer wieder und wieder vorzuladen, bis man ihrer dann endlich doch habhaft wurde. Für meine Frau aber war dies möglich, da sie am Platze selbst lebt. Und als auf diese Art erst einmal die ersten Kinder ermittelt und erfolgreich behandelt waren, dann kamen die Mütter von selber und heischten die Salvarsanierung. So mehrten sich dann diese Fälle, was an und für sich nur zu begrüßen ist, für die Statistik aber eben drückend wirkt. Andererseits aber spricht auch wieder gerade der Umstand, daß die Mütter in den letzten Jahren diese Schwächlichsten der Schwachen selbst zum Spritzen bringen dafür, daß auch bei diesen Kindern das Salvarsan mindestens nicht gegenangezeigt ist. Denn, hätte das Salvarsan auf diesem Gebiete nicht glänzende Erfolge gezeitigt, so würden diese mißtrauischen Mütter eines höchst konservativen Volkes ihre Kinder nicht aus eigenem Antriebe der Salvarsanbehandlung zuführen. Volkesstimme — Gottesstimme. Schwächlichkeit oder Jugend eines syphilitischen Kindes ist für mich auch aus den Gegenanzeigen der Salvarsanbehandlung geschwunden.

Weiter ist, wie nachträglich noch erhoben wurde, noch einer der erwachsenen sekundär syphilitischen Leute ungefähr 8 Jahre nach der Ersterkrankung im Alter von 54 Jahren verschieden. Dieser Mann, der bereits seit Jahren an sehr starkem Asthma litt, wurde einmal mit Neosalvarsan = 0,5 Altsalvarsan veneninn behandelt, obwohl er keinerlei offen-

Digitized by Google

kundige Erscheinungen von Lues aufwies; seiner Meinung nach aber rührten alle Beschwerden nur einzig von der seinerzeit überstandenen Syphilis her, und um mich seinen Bestürmungen zu entziehen und ihm zu beweisen, daß dem nicht so sei, wurde er mit Salvarsan gespritzt. Es hätte schließlich ja vielleicht doch eine Lues daran schuld sein können, obwohl probeweise gegebenes Jod jede Besserung vermissen ließ. Es gab auch das Salvarsan keinen Erfolg, wie ich es auch erwartete. Im Frühjahr 1917 erlag der Mann seinem Leiden.

Auf die tertiären Erkrankungsformen entfallen insgesamt 251 Fälle. Darunter befanden sich 144 Männer und 107 Weiber, also Zahlen, die voneinander nicht sehr stark abstehen; jedenfalls nicht so sehr, wie die für die sekundären Kranken ermittelten. Die Mehrzahl dieser Fälle kommt, wie wohl von vornherein zu erwarten stand, auf erwachsene Personen, nämlich 228, und nur 20 kommen auf kindliche Individuen; es braucht halt doch immerhin einige Jahre, bis es zum Auftreten von tertiären Erscheinungen kommt und daher diese niederen Zahlen von Kindern. Unbekannten Alters waren 3 Leute.

Alle diese Fälle verteilen sich auf 158 Hausgenossenschaften, soweit die Hausnummern bekannt sind, und noch 7 weitere Hausgenossenschaften, deren Hausnummer unbekannt ist, welche also vielleicht unter diese 158 mit einzubegreifen sind, vielleicht aber auch nicht. Besteht diese letztere Annahme zu Recht, so kommen auch hier immer noch mehr als 1,5 Personen auf jede in Mitleidenschaft gezogene Hausgenossenschaft. Das Bild ist also ähnlich wie bei den sekundären Fällen.

Wenn wir nun die Kranken nach den Zugangsjahren ordnen, so ergibt sich folgendes:

Es stammen aus dem Jahre:

1905	5
1906	8
1907	16
1908	46
1909	27
1910	31
1911	23
1912	12
1913	31
1914	22
1915	17
?	2
Summe	240.

Digitized by Google

Auch hier sehen wir, wie bei den sekundären Fällen erwähnt, mit dem Jahre 1908, in dem die planmäßige Tilgung einsetzte, ein jähes Hinaufschnellen der zugehenden Kranken. In den nächsten Jahren, außer 1910, das eine kleine nach oben gerichtete Zacke bringt, sinkt diese Zahl ab, bis erst jenes Jahr, in welchem die Mitwirkung meiner Frau einsetzte, das ist 1913, wieder einen raschen Anstieg zeitigt. Die Einbeziehung aller weiblichen muslimanischen Personen in die Durchforschung, wie dies ab 1913 geschah, erklärt dieses Ansteigen zur Genüge. Dann sinken die Ziffern, einen kleinen Anstieg des Jahres 1915 ausgenommen, wieder ab.

Rückfällig wurden von sämtlichen 251 Kranken 77. Wir finden also auch hier mit ungefähr einem Drittel ein ähnliches Verhältnis, wie wir es bei den sekundären Formen besprachen. Auf die mit Salvarsan behandelten tertiären Kranken, deren Zahl 132, also mehr als ein Drittel ausmacht, kommen deren nur 3. Der eine wurde rückfällig nach 12 Monaten, der zweite nach 26 Monaten und der dritte zum ersten Male nach 7, zum zweiten Male nach weiteren 5 Monaten. Im Falle 2 und 3 handelte es sich bei Individuen von 11 bzw. 5 Jahren um Kinder, im ersten, bei einem Alter von unter 14 Jahren um eine dem Kindesalter nahestehende Person.

Wir sehen demnach in der Salvarsanreihe der tertiären Kranken in Beziehung auf die Rückfallsfreiheit ein sehr günstiges Ergebnis. Die Ursache dürfte wohl darin zu suchen sein, daß, wie man allgemein annimmt, die tertiären Erscheinungen Ausdruck mehr örtlicher Ansiedlung der Spirochäten sind und weniger einer Allerortigkeit (Ubiquität) derselben entsprechen. Der jeweiligen Krankheitserscheinung würden also geringere Mengen von Spirochäten im Gesamtkörper und wohl auch am Krankheitsherde selbst entsprechen, die Salvarsanbehandlung könnte also schon von vornherein auf einen nachhaltigeren Erfolg rechnen. Und dem ist auch, wie wir sehen, in Wirklichkeit so.

Freilich antworten auf der anderen Seite, wie auch im Schrifttume mehrfach festgelegt ist, und wie auch wir in früheren Mitteilungen feststellen konnten, die tertiären Krankheitsbilder schleppender auf Salvarsan. Die Ursache sucht man in einer weniger guten Blutversorgung der Krankheitserzeugnisse tertiärer Natur. Diese schlechtere Durchblutung schafft dann naturgemäß mit einer verringerten Blutmenge auch geringere Salvarsanmengen an den Schauplatz der Krankheit. Um nun aber diesen Verhältnissen ausgleichend entgegentreten zu können, riet ich schon vor mehreren Jahren dazu (7), das veneninn einverleibte Salvarsan, sei es durch Bindenstauung, also auf passivem Wege, sei es durch hyperämisierende Heißluftbehandlung, also auf aktivem Wege,

Digitized by Google

zu „richten" bzw. am Krankheitsorte „anzureichern". Meine eigenen, vielversprechenden Versuche in dieser Richtung konnte ich leider bei der fast ausnahmslos ambulatorischen Behandlung meiner Syphilitiker nicht weiterführen, und von anderer Seite kam mir bis jetzt keine einschlägige Veröffentlichung zu Gesicht.

Daß es sich bei den oben erwähnten Rückfällen gerade um Kinder oder doch dem Kindesalter nahestehende Personen handelt, scheint mir auch kein Zufall zu sein, und möchte ich die Ursache dafür darin suchen, daß nicht nur die absolute verabreichte Salvarsanmenge bei Kindern und jugendlichen Personen geringer ist als bei Erwachsenen, sondern, daß sie es wohl auch relativ genommen ist. Man geht natürlich mit großer Vorsicht zu Werke, weil die Bestimmung der Gabengröße immer mehr oder weniger dem Gefühlsmäßigen überlassen bleibt. Und da geht man lieber tiefer herunter, als daß man sich übeln Zufällen aussetzt. Dies würde dann sozusagen eine Minderzahl von Heilkräften (Salvarsan) einer Überzahl von Feinden (Spirochäten) gegenüberstellen, und die Niederlage des Salvarsans, die im Rückfalle zum Ausdrucke kommt, wäre wahrscheinlich, wäre verständlich.

Wir sehen also auch bei der tertiären Lues ebenso wie wir es bei der sekundären nachweisen konnten, seit die Salvarsanbehandlung den Schauplatz beherrscht, eine wesentliche Besserung in den Rückfallzahlen.

Von den beobachteten Rückfällen wurden rückfällig:

Einmal	53
Zweimal	20
Dreimal	3
Viermal	1
Summe	77.

Mehrmals rückfällig wurde also auch hier ein ziemlich hoher Hundertstelsatz, nämlich mehr als 31% aller Rückfälle.

Die Zeit zwischen der festgestellten Ersterkrankung und dem ersten Rückfalle schwankt zwischen zwei Monaten und acht Jahren; wir finden also bei der tertiären Lues unseres Materials ein ganz ähnliches Bild wie bei der sekundären. Betreffs der Fehlergrenzen, die ziemlich weit zu ziehen sind, gilt auch hier das bei der Besprechung der sekundären Fälle Erwähnte. Sicher mehr als ein Jahr aber betrug die zwischen Ersterkrankung und erstem Rückfalle liegende Zeit in 51 Fällen, was also fast zwei Drittel aller Rückfälle ausmacht. Dies entspricht noch weniger dem von STERN (6) angegebenen Verhältnissen, als wir bei den sekundären Fällen feststellen konnten. Dabei aber handelt es sich fast durchweg um Kranke, die nach den heutigen Begriffen unzulänglich behandelt wurden. Dabei bin ich fest überzeugt, daß wir es bei allen diesen unseren

Digitized by Google

hiesigen Fällen niemals mit Neuerkrankungen, sondern durchweg mit Rückfällen zu tun haben.

Nach fünfjähriger Rückfallsfreiheit wurden gesund entlassen 74 Leute. Auch hier könnte, wie dies schon bei den sekundären Fällen ausgeführt wurde, diese Zahl wesentlich höher sein, wenn nicht durch die Kriegsverhältnisse eine Zahl von bereits zur Entlassung reifen Leuten der letzten entscheidenden Untersuchung entzogen worden wäre.

Von diesen „geheilt" Entlassenen sind nachträglich neuerlich erkrankt oder wohl, besser gesagt, rückfällig geworden zwei. Davon der eine nach 23 Monaten, der andere nach 5 Monaten, vom Tage der Entlassung an gerechnet.

Mit Tod abgegangen sind 23 unserer Kranken. Das wären demnach 9,16%. Dieses Verhältnis ist mithin etwas größer, als wir es bei den sekundären fanden, was wohl darin seinen Grund haben dürfte, daß in diese Gruppe der tertiären Fälle wohl eine größere Zahl von älteren Menschen einzureihen ist, älterer Menschen, deren Sterblichkeit schon an und für sich höher ist. Auch hier wäre es äußerst interessant, das Verhältnis zu ergründen, in welchem die Sterblichkeit dieser Syphilitiker zu der Sterblichkeit der übrigen, nicht syphilitischen Bevölkerung steht. Wie schon weiter oben ausgeführt, ist dies derzeit aus äußeren Gründen nicht durchführbar, und muß es einer späteren Veröffentlichung vorbehalten bleiben, auf diese für die Syphilisfrage hochinteressanten Erhebungen einzugehen.

Von diesen Toten starben in den ersten drei Jahren nach der Ersterkrankung 6, die jünger waren als 50 Jahre und 2, die dieses Alter hinter sich hatten.

In den zweiten drei Jahren nach der Ersterkrankung starben 2, die jünger waren als 50 Jahre und 6, die dieses Alter hinter sich hatten.

In den dritten drei Jahren nach der Ersterkrankung starb 1, der jünger war als 50 Jahre und 6, die dieses Alter hinter sich hatten.

Auf das Kindesalter entfiel kein einziger Todesfall, was beim Zurücktreten der kindlichen Individuen in dieser Klasse wohl nicht besonders verwunderlich sein dürfte.

Als Opfer des Weltkrieges ging weiter, soviel bis heute bekannt ist, noch einer zugrunde.

Auch bei dieser Gruppe gilt von den zeitlichen Daten der Todesfälle, sowie von den Altersangaben das schon bei Besprechung der sekundären Fälle Dargelegte.

Der Salvarsanbehandlung wurden zugeführt 132 Kranke, also bereits mehr als die Hälfte. Zu den Todesfällen lieferten diese 6 Personen, darunter den einen im Kriege gefallenen.

Digitized by Google

Während sich also die Zahl der mit Salvarsan behandelten Kranken und jener, welche ohne dieses behandelt wurden, ungefähr wie 1 : 1 verhält, stellen sich die Todesfälle beider Gruppen wie 2 : 1, also entschieden zugunsten des Salvarsans. Einer derselben war unbekannten Alters, zwei waren bei ihrem Tode mehr als 50 Jahre alt und bereits zwei bzw. sechs Jahre vor der Salvarsanbehandlung krank gewesen. Einer der Gestorbenen war zwar erst 18 Jahre alt, erlag aber seiner Tuberkulose. Einer wurde ein Opfer des Weltkrieges, so daß also nur ein Fall von 36 Jahren bleibt, welcher mit Salvarsan behandelt wurde und späterhin starb. Und zwar starb dieser im gleichen Jahre, in dem er mit Salvarsan gespritzt wurde. Die an und für sich schon geringere Sterblichkeit der mit Salvarsan Behandelten erscheint also noch günstiger, wenn man die über 50 Jahre alten und den Tuberkulösen, sowie das Kriegsopfer außer Betracht läßt.

Verhältnismäßig günstig schneiden bei dieser Gruppe auch die Kinder ab, auf welche kein einziger Todesfall kommt; der Grund dürfte darin liegen, daß die in Betracht kommenden Kinder sich, schon der Art des Auftretens tertiärer Erscheinungen nach, nahe der oberen Grenze des Kindesalters befanden, wo die Sterblichkeitsverhältnisse an und für sich günstigere sind. Es fehlen eben die kleinen und kleinsten Kinder, welche bei den sekundären Fällen, wie wir sahen, sehr drückend auf die Statistik wirkten und wohl zum großen Teile für die dort festgestellte Übersterblichkeit verantwortlich zu machen sind.

Einiges möchte ich hier auch noch über die besonders ausgedehnten und schweren geschwürigen Krankheitserscheinungen tertiärer Natur erwähnen.

BLASCHKO (8) bestreitet auf Grund seiner Erfahrungen, „daß die tertiären und gummösen Affektionen als besonders schwer zu gelten haben". Mir scheint nun, daß auch unser Stoff zu dieser seiner Ansicht eine weitere Bestätigung bringt. Man bekam hier, namentlich in früheren Jahren, selbst über den halben Körper ausgedehnte, spätsyphilitische Geschwürerscheinungen der Haut zu Gesicht, absolut vollkommene Zerstörungen des weichen und harten Gaumens, und diese Sachen waren mit Salvarsan geradezu spielend leicht auszuheilen. Freilich, Salvarsan muskelinn. Aber auch in der Vorsalvarsanzeit war diesen Formen verhältnismäßig unschwer beizukommen. Ich kenne hier z. B. einen Mann, dem buchstäblich der ganze knöcherne Gaumen fehlt — und vor zwei Jahren hat ihm seine Frau zwei gesunde, kräftige Zwillingskinder geboren, die auch jetzt noch wohlauf sind und gut gedeihen. Fremde Hilfe aber bei dieser Zeugung ist unter den Verhältnissen, wie die muslimanischen Frauen gehalten werden und wie auch die Sittsamkeit dieser Frauen

Digitized by Google

hier noch ist, unbedingt auszuschließen. Auch der Vater selbst fühlt sich vollständig wohl und ist seit mehr als 6 Jahren rückfallsfrei. Salvarsan bekam er nie. Solche Fälle dürften wohl geeignet sein, das Urteil über diese „besonders schweren Fälle" einer neuerlichen Durchsicht im Sinne BLASCHKOs zu unterziehen.

Was nun lehrt uns mein Material in bezug auf die von SICHELSTIEL aufgeworfene, eingangs erwähnten Fragen?

Über das fernere Schicksal der Syphilitiker führt unser Stoff zu keinen besonderen oder neuen Schlüssen; dazu ist auch die Beobachtungszeit noch nicht ausreichend lange. Dieses fernere Schicksal aber scheint sich, soweit eben bei der bisher vorliegenden Beobachtungszeit etwas gesagt werden kann, nicht wesentlich von dem der anderen Sterblichen zu unterscheiden. Ich sehe auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß sich in dieser Auffassung etwas ändern wird, wenn die Beobachtungszeit sich verlängert haben wird. Insbesondere scheint mir dies für diejenigen Syphilitiker zu gelten, welchen die Segnung der Salvarsanbehandlung, selbst in der hier geübten, unvollkommenen Ausdehnung, zuteil wurde.

Von der Gesamtzahl meiner 1344 Luetiker starben bis jetzt 110, was also 8,18% bedeuten würde. Wie viele Personen von der Gesamtbevölkerung meines Bezirkes während dieser Zeit, von welcher wir berichten, mit Tod abgegangen sind, werde ich, wie erwähnt, späterhin feststellen und mitteilen. Ein endgültiges Urteil über eine allenfalls vorhandene Übersterblichkeit der Syphilitiker, wenigstens betreffs des bisherigen Berichtsraumes, wird erst dann angängig sein. Dabei umfassen diese 8,18% aller Todesfälle, ohne Rücksicht darauf, ob sie eine unmittelbare oder mittelbare oder überhaupt keine Folge der Syphilis waren.

BRUHNS (s. SICHELSTIEL a. a. O.) findet, daß jeder 4. oder 5. Syphilitiker an seiner Infektion gestorben ist. Das wären also 20—25%. Ein so ungünstiges Verhältnis selbst für die Gesamtzahl der Todesfälle unter den Luetikern, ohne Rücksicht auf den Zusammenhang zwischen Tod und Syphilis dürfte bei meinem Materiale selbst bei gleich langer Beobachtungszeit, wie sie BRUHNS vorlag, kaum herauskommen. Dabei berechnet er, daß nach den Statistiken der Tod ziemlich übereinstimmend etwa 20 Jahre nach der Ansteckung eintritt. Zu ähnlichen Zahlen kommt auch BLASCHKO. Auf diese Frage wollen wir, wenn die Beobachtungszeit erst einmal lange genug sein wird, neuerlich zurückkommen. Behalte ich aber damit recht, daß sich kein so ungünstiges Verhältnis herausstellen wird, dann glaube ich darin eine neuerliche Stütze für meine in früheren Mitteilungen geäußerte Ansicht zu erblicken, daß die bosnische Syphilis

Digitized by Google

mit anderen Augen zu betrachten und anders zu werten ist als die außerbosnische.

Auf SICHELSTIELS zweite bzw. dritte Frage glaube ich schon heute antworten zu können: recht wenige Syphilitiker gehen an den Folgekrankheiten zugrunde, die meisten bleiben davon verschont. Selbstverständlich — hierzulande.

Über das Zahlenverhältnis, in welchem die nervösen Nachkrankheiten der Lues unter unseren Kranken auftreten, sprachen wir schon an anderer Stelle. Von Paralyse kam mir noch kein einziger Fall unter, von Tabes erst ein sicherer und ein zweifelhafter, von Hirnlues konnte ich den einen oder anderen Fall feststellen. In einem aber handelte es sich sicher um eine geschlechtlich übertragene Syphilis, also wohl um keine bosnische. Und das, trotzdem in den letzten Jahren von mir auf das Vorkommen dieser Nachkrankheiten ein besonderes Augenmerk gerichtet wurde. Ich ließ mich auch bereits darüber aus, worin nach meiner Auffassung der Grund zu dieser Erscheinung gelegen sein dürfte, eine Erscheinung, durch welche sich die bosnische Syphilis sehr vorteilhaft von der außerbosnischen unterscheidet.

Zur Frage fünf und sechs, über die Nachkommenschaft der Syphilitiker und deren Schicksal, werde ich, wie ich hoffe, in einer späteren Mitteilung Stellung zu nehmen Gelegenheit haben.

Viele Forscher befassen sich mit dem Zusammenhange zwischen Tuberkulose und Syphilis, wobei sich ihre Untersuchungen in der Richtung bewegen, ob die Syphilis eine Überempfindlichkeit (Prädisposition) für die Tuberkulose schaffe. MATTHES, SUSSENGUT, PICK und BANDLER (s. SICHELSTIEL a. a. O.) kommen zum Schlusse, daß kein begünstigender (disponierender) Einfluß der Syphilis gegenüber einer Erkrankung an Tuberkulose anzunehmen sei.

Zu dieser Frage kann ich nun zwar nicht mit Zahlen aufwarten, da die Todesursachen meiner Syphilitiker nicht zu ermitteln sind. Wohl aber kann ich feststellen, daß mir unter den Syphilitikern keineswegs eine Überzahl von Tuberkuloseerkrankungen im Verhältnisse zur übrigen Bevölkerung aufgefallen ist. Ein solcher, die Tuberkulose begünstigender Einfluß der Lues dürfte demnach auch nach meinem Materiale abzulehnen sein. Freilich darf nicht unerwähnt gelassen werden, daß gerade unter der bosnischen Bevölkerung die Tuberkulose außerordentlich an Verbreitung gewinnt und namentlich seit dem Kriege gewonnen hat. Der Tuberkulose im Lande ebenso planmäßig und großzügig zu Leibe zu gehen und den Boden abzugraben wie der Syphilis, wird wohl die nächste Aufgabe unserer Sanitätsverwaltung sein; es mehren sich auch schon die Anzeichen, daß diese Frage eingehend studiert wird. Hoffentlich

Digitized by Google

wird ihre Verfolgung, wenngleich die Verhältnisse zur Lösung viel schwieriger liegen als bei der Syphilis, ebenso schöne und segensreiche Ergebnisse zeitigen wie die Syphilistilgung. Zu wünschen wäre jedenfalls, daß dabei ein besonderes Augenmerk der gegenseitigen Beeinflussung von Tuberkulose und Syphilis zugewendet werden möge. Dies wäre schon dadurch sehr begünstigt, weil das Material, soweit es auf die Syphilis Bezug hat, schon gesammelt und in den Syphilisstandesbüchern der verschiedenen Bezirke niedergelegt ist.

Selbstmorde, von denen die verschiedenen Fachmänner 2—4—5% unter ihren Syphilitikern annehmen, kommen bei uns überhaupt nicht vor, sind aber, wie betont sei, hierzulande an und für sich außerordentlich selten. Mein Stoff also läßt keineswegs eine Neigung der Luetiker zum Selbstmorde ermitteln.

Zusammenfassend möchte ich demnach sagen:

1. Das fernere Schicksal der Syphilitiker scheint sich nicht wesentlich von dem der anderen Bevölkerung zu unterscheiden.

2. Eine Übersterblichkeit der Syphilitiker gegen die übrige Bevölkerung ist nach der bisherigen Beobachtungszeit, die freilich noch nicht 20 Jahre umfaßt, nicht festzustellen, es scheinen mir aber keine Anhaltspunkte dafür vorhanden zu sein, daß sich eine solche bei längerer Beobachtungszeit wird ermitteln lassen.

3. Die im Gefolge der Lues auftretenden Nervenkrankheiten, die schrecklichste Gefahr der außerbosnischen Syphilis, das Schreckgespenst jedes Syphilitikers, spielen hierzulande überhaupt keine Rolle.

4. Die Salvarsanbehandlung hat eine entschiedene Besserung in den verschiedensten Hinsichten, namentlich in Beziehung auf die Raschheit der Heilung und Rückfallsfreiheit gebracht.

5. Eine planmäßige und großzügige Syphilistilgung, wie sie hier gehandhabt wird, kann wahrhaft sehr viel leisten, und wäre es dringend zu wünschen, daß man ihr auch andernorts dieselbe Aufmerksamkeit zuwendete, ohne sich durch kleinliche Bedenken stören zu lassen.

6. Eine wahrhaft verheerende Wirkung entfaltet die Syphilis auch hierzulande unter den kleinen und kleinsten Kindern. Diese verheerende Wirkung erstreckt sich nicht etwa auf das Gebiet der erblichen Syphilis, wie schon anderwärts von mir gezeigt wurde, sondern vielmehr auf das Gebiet der erworbenen. Die Sterblichkeit unter den luetischen Kindern ist beängstigend; und zwar stirbt die Mehrzahl der an Syphilis erkrankten Kinder innerhalb der ersten drei Jahre nach der Ansteckung; dies gilt sowohl von den mit als auch von den ohne Salvarsan behandelten Kindern. Bei den Kindern stehen wir also sicher vor einer wesentlichen Abkürzung der natürlichen Lebensdauer.

Digitized by Google

7. Durch die Einführung der Salvarsanbehandlung ist hier wohl auch das Eintreten einer Besserung in den Sterblichkeitsverhältnissen nicht zu verkennen, jedoch bleibt das damit erreichte Ergebnis noch immer hinter dem, was wünschenswert wäre, nicht unbedeutend zurück. Eine weitere Besserung der Erfolge ist hier entschieden anzustreben. Noch mehr als dies überhaupt allgemein von der Vorbeugung gilt, wäre es notwendig, die Gefährdung der kindlichen Altersklassen, überhaupt an Syphilis zu erkranken, tunlichst zu verringern. Dieses Ziel aber läßt sich nur durch eine gründliche, von Zimperlichkeiten freie Durchforschung und Behandlung der weiblichen islamitischen Bevölkerung erreichen, wie selbe hier gehandhabt wurde und auch tatsächlich in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Ziele führte, da jetzt die Erkrankung solcher kleinster Kinder und von Kindern überhaupt bereits zu den Seltenheiten gehört. Danach gebührt das Verdienst für diese Erfolge in erster Linie dem Opfermute meiner Frau, die sich freiwillig und unentgeltlich in den Dienst der guten Sache stellte. Ich glaube daher, daß hier der Platz ist, um ihr, meiner treuen Mitarbeiterin, für ihre Mitwirkung an der Zusammentragung des Stoffes im allgemeinen und in der Durchforschung und Behandlung der islamitischen Frauen im besonderen zu danken.

8. Die bosnische Syphilis ist weniger heimtückisch als die außerbosnische und mit einem anderen Maßstabe zu messen.

Literatur.

1. Neumayer, Victor und Marianne, Drei Jahre amtlicher Syphilistilgung mit Salvarsan. Arch. f. Derm., Bd. 121, H. 5. — 2. Neumayer, Victor und Marianne, Weitere drei Jahre amtlicher Syphilistilgung mit Salvarsan. Derm. W., 1917, Bd. 64. — 3. Sichelstiel, Karl, Dauerbeobachtungen über das Schicksal von Syphiliskranken. Inaugural-Dissertation aus der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, gedruckt bei Franz Staudenraus, Würzburg 1913. — 4. Neisser, Wiesb. Kongreß, Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph., 1886, S. 642. — 5. Köbner, ebenda, S. 831. — 6. Stern, Über ungewöhnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung. D. m. W., 1914, Nr. 8 u. 9. — 7. Neumayer, Victor, Versuch einer „Richtung" bzw. einer Anreicherung der Salvarsanwirkung. M. m. W., 1912, Nr. 48, S. 2617 und P. Ehrlich, Abhandlungen über Salvarsan, 1913, Bd. 3, S. 31. — 8. Blaschko, A., Betrachtungen über die individuelle Prognostik bei Syphilis. Arch. f. Derm., Bd. 113. — 9. Blaschko, A., Der Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer. IV. intern. Kongreß f. Versicherungsmedizin zu Berlin, 11.—15. Sept. 1906.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Ein Zystourethroskop für Diagnose und Therapie, von Morales-Macedo-New York. (New York m. J., 23. Sept. 1916.) In der Absicht, all die Erfordernisse der modernen urethroskopischen Praxis in einem einzigen Instrument zu vereinigen, konstruierte M. ein für direkte Beleuchtung dienendes Zystourethroskop, das speziell zu operativen Zwecken bestimmt und so beschaffen ist, daß der Eingriff an der Blase sowohl unter Wasserfüllung als im Trockenen — je nach Erfordernis — vorgenommen werden kann. Das Instrument hat bei häufigem Gebrauch während der letzten Monate ein durchaus getreues, leicht vergrößertes Bild des Trigonums und Blasenhalses und der Harnröhre gegeben und war besonders brauchbar bei der Fulguration von Neubildungen, bei der intraurethralen Anwendung schneidender Instrumente und sonstigen lokalen Applikationen. Es besteht aus: 1. einem geraden, 7 Zoll langen Endoskop mit einem etwas trichterförmigen Teile und zwei Hähnen zur doppelten Irrigation (Spülung); 2. einem mit frei beweglicher Spitze versehenen Obturator; 3. einem Teleskop und Lichtträger, welcher in den trichterförmigen Teil des Endoskops hineinpaßt, und 4. einem Metallstöpsel, der dazu bestimmt ist, das proximale Schaftende hermetisch zu verschließen, während Teleskop und Lichtträger sich darin befinden; dieser Stöpsel ist für den Durchtritt eines elektrischen (Fulgurations-) Drahtes oder eines anderen geeigneten Instrumentes durchbrochen, kann entfernt werden, wenn ein trockener Eingriff geplant, und mit einer Gummikappe versehen wird, wenn nur Beobachtung unter strömendem Wasser erwünscht ist. Die Handhabung ist unter Beachtung der beigegebenen Zeichnungen leicht verständlich. M. Stern-München.

Zur Hypospadiebehandlung, von Weitz. (D. m. W., 1915, Nr. 36.) W. berichtet über zwei Fälle von Hypospadie, die nach der Methode von Streissler und Lexer (Transplantation des Processus vermiformis) mit Erfolg operiert wurden.

E. Brinitzer-Altona.

Die Technik der Zirkumzision. (New York m. J., 7. und 14. Oktober 1916.) Den Preis (von 25 Doll.) für diese von der Redaktion des New York m. J. gestellte Preisfrage, welche seit langem allmonatlich erfolgt, wurde Nelson-Cincinnati zuerkannt; außerdem werden aber noch eine ganze Anzahl über dieses Thema eingelaufene Bearbeitungen veröffentlicht. Nelson läßt die Technik der Operation vor allem vom Alter des Patienten abhängen, d. h. ob es sich um ein neugeborenes, ein älteres Kind oder einen Erwachsenen handelt. Während bei letzteren Lokalanästhesie die Regel ist, dürfte bei Kindern Narkose nicht zu umgehen sein (Stickoxydulgas, allein oder mit Äther verbunden). N. gibt der offenen Operation, dorsaler Inzision und Umnähung der Lappen den Vorzug. Je jünger das Kind, um so häufiger Verbandwechsel; bei älteren Kindern ist es rätlich, eine Mischung von Bromkalium und Kaliumnitrat zu verschreiben, um Unruhe nach der Operation und Erektionen zu verhüten; Patient darf schon 12—24 Stunden nach der Operation außer Bett sein. Die Fälle des heranwachsenden Alters und Erwachsener bieten die denkbar größte Möglichkeit der Abwechslung in bezug auf Technik und Anästhesie; zu letzterer ist 0,5% Novokain vorzuziehen. Allgemeinnarkose ist selten erforderlich, doch, wenn es der Fall ist, ist Stichoxydulgas, allein oder mit etwas Äther, das beste Narkotikum. Bei Erwachsenen sind Seidennähte vorzuziehen und müssen 5—8 Tage nach der Operation entfernt werden, der

Digitized by Google

Verband wird entweder mit Borsalbe oder Borglyzerin gemacht; Erektionen sind womöglich zu verhüten (durch innerliche Darreichung von Brommischung oder Kampfermonobromat). Die Patienten können gewöhnlich 24 Stunden nach der Operation ihre Tätigkeit wieder aufnehmen. Von den weiteren Bearbeitern des Themas erwähnt Oswald Joerg-Brooklyn New York, daß er nur Lokalanästhesie mittels Novokain-Adrenalinlösung anwende, und zwar macht er nicht an den Stellen, wo die Inzisionen zu machen sind, sondern rings um dieselben in die Haut und Schleimhaut die Injektionen, welche eine leichte Schwellung hervorrufen, ohne aber die Operation zu stören. David Lazarus-New York erklärt, vom hygienischen und sanitären Standpunkte aus müsse bei jedem Neugeborenen die Zirkumzision gemacht werden, und die beste Methode sei, die Vorhaut mit einem Schnitt zu durchtrennen. Bei Kindern, die unter 2 Jahre alt seien, bedürfe es dazu keiner Narkose, bei älteren sei dieselbe erforderlich, ebenso das Anlegen einiger weniger Katgutnähte, um Haut und Schleimhaut in gute Verbindung zu bringen. Melville A. Hays-New York verwendet zur Lokalanästhesie 2—4% Kokainlösung, bei jüngeren Kindern Narkose mit Chloroform oder Äther. Willis H. Hall-Carina, Cal. empfiehlt, vor der Operation ein elastisches Gummiband um das Glied nahe der Wurzel zu binden, aber nur so fest, daß die venöse Zirkulation behindert ist. Als Verband bewährte sich am besten mit reinem Olivenöl durchtränkte, sterile Gaze, die erst nach 5 Tagen, wenn die Wundvereinigung stattgefunden habe, zu wechseln ist; in den meisten Fällen genügt ein zweiter solcher Verband. Auch Julius Gordon-New York empfiehlt die Anlegung eines Gummischlauches vor der Operation. A. B. Pemsler-New York erwähnt, Verwachsungen müßten, wenn vorhanden, vor der eigentlichen Operation erst gelöst werden, um ein gutes Resultat zu erzielen. Im übrigen bringen die Ausführungen der vorhergehenden, wie aller anderen nicht genannter Bearbeiter keine besonderen neuen Gesichtspunkte, sondern im wesentlichen nur sehr schätzenswerte Zusammenfassung des Themas. M. Stern-München.

Die spontane, infektiöse Gangrän des Penis und Skrotums bei Kriegsteilnehmern, von Hermann Küttner. (B. kl. W., 1916, Nr. 33.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Fournierscher Genitalgangrän an Soldaten, in denen sich nach hochgradiger Anschwellung von Penis und Skrotum Abstoßungen eines Teiles der Haut des Penis, in dem einen Fall auch der Vorderseite des Skrotums entwickelten. Beide Fälle verliefen, im Gegensatz zu dem nicht seltenen letalen Verlauf dieser Affektion, trotz der anfänglichen Schwere des septischen Krankheitsbildes günstig. Verfasser faßt diese Prozesse als lokal entzündliche auf, z. T. als gangränöses Erysipel oder als Mischinfektionen, in denen anaërobe Bakterien eine Rolle spielen. E. Klemm-Leipzig.

Über spontane infektiöse Gangrän des Penis und Skrotums bei Kriegsteilnehmern, von J. Kyrle. (B. kl. W., 1917, Nr. 2.) Verfasser hat während des Krieges in relativ kurzer Zeit hintereinander drei derartige Prozesse beobachtet. Als charakteristisch bezeichnet er: Beginn der Affektion ohne irgendwie nachweisbare vorhergegangene allgemeine oder lokale Erkrankung. Einsetzen des schweren, uns ursächlich unbekannten Prozesses aus voller Gesundheit. Zum Teil handelte es sich um kolossale Hautdefekte, die ganze Zirkumferenz der Penishaut und die Vorderseite des Skrotums einnehmend. Obwohl anzunehmen ist, daß ein infektiöses Agens vorliegt, hat Verfasser über die Ätiologie, speziell in bakteriologischer Richtung, bei seinen Fällen nichts feststellen können. E. Klemm-Leipzig.

Penisplastik bei einem Kriegsverletzten, von J. F. S. Esser. (W. m. W., 1917, Nr. 9.) Die Behandlung bestand in der Loslösung des narbig verwachsenen Penis und in einer Deckung seiner Defekte durch einen aus dem Skrotum geschnittenen großen gestielten Lappen. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Die Krankheiten der Harnröhre des Mannes, von Frank S. Kidd. (Brit. m. J., 1917, 6. Jan. und 13. Jan.) Übersichtsartikel. Nichts Neues. K. Boas-Kopenhagen.

Bemerkungen über die Klappen der Fossa navicularis in der Harnröhre des Mannes, von N. Loewenthal-Lausanne. (Rev. méd. Suisse rom., 20. Mai 1916.) Anatomische Bemerkungen über die Klappen in der Fossa navicularis, deren man gewöhnlich drei zählen kann, während sich die klinischen Lehrbücher nur mit einer, der Guerinschen, beschäftigten. Beim Erwachsenen findet sich die erste und zweite Klappe fast stets, die dritte seltener. Beim Kinde ist die zweite am häufigsten zu konstatieren, die erste seltener, die dritte sehr selten. R. Frühwald-Leipzig.

Schußverletzungen der Harnröhre, von Karl Ritter v. Hofmann. (W. kl. W., 1916, Nr. 1.) Bericht über 7 Fälle. Im ersten handelte es sich um eine traumatische Striktur, die durch Sectio alta und retrograden Katheterismus behandelt wurde. Beim zweiten kam es an der Ausschußstelle zu einer Abszeßbildung, deren Heilung sich sehr verzögerte. Eine Strikturierung der hinteren Harnröhre wurde mit Sectio perinealis und hieran anschließendem Katheterismus behandelt. Im dritten führte die Verletzung zu einer Kot- und Urinfistel. Die Schließung der ersteren gelang bald nach der Verletzung, die Blasendarmfistel wurde erst später geheilt. Dem vierten Patienten hatte das Projektil sowohl das Rektum als auch die Urethra prostatica durchtrennt, so daß diese beiden Kanäle durch eine breite Öffnung miteinander kommunizierten. Gleichzeitig war der Schambeinast arg zersplittert und hatte zur Bildung eines Jaucheherdes geführt. Nach Beseitigung der Harnverhaltung schloß sich die Ausschußöffnung, während die nach Inzision des Jaucheherdes restierende Urinkotfistel längere Zeit hierzu brauchte. Der Schluß der Rektovesikalfistel gestaltete sich sehr schwierig. Der fünfte wies neben der Harnröhrenwunde auch eine Kotfistel auf. Eine Anzahl größerer und kleinerer Operationen mußte zur Beseitigung derselben vorgenommen werden. Als Komplikation hatte sich ein Blasenstein entwickelt, welcher durch Sectio alta entfernt wurde. Der sechste Fall war eine schwere Granatverletzung, welche sehr bald zum Exitus führte. Im letzten Falle wurde zunächst die Harnverhaltung durch Sectio alta und retrograden Katheterismus beseitigt, die am Beckeneingang abgeschossene Urethra genäht und eine suprapubische Blasenfistel angelegt. Hierauf folgen Bemerkungen über die traumatischen Harnröhrenstrikturen, über den Mechanismus der Schußverletzungen, über Komplikationen, Prognose und Therapie, zum Schluß noch einige Worte über die Befestigung der Verweilkatheter. H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Ignaz Kaup, a. o. Professor für Hygiene in München, bekannt durch seine Forschungen über die Wassermann-Reaktion, wurde zum Sektionsrate im österreichischen Ministerium des Innern ernannt.

Kais. Rat Dr. H. Körbl, Kurarzt in Bad Hall, Ober-Österreich, ist gestorben.

Oberarzt Dr. Anton Gappisch, 1. Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Februar 1918 | Nr. 7 | Band 66

Über Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege.

Erwiderung auf Prof. Dr. L. Merks gleichbetitelten Artikel[1]).

Von

Dr. Franz v. Veress,

Priv.-Doz., Stabsarzt i. F., Kommandant eines Feldspitales.

(Mit 1 Abbildung.)

In seiner Arbeit über „Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege" behauptet Merk, daß die unter dem Namen Exanthema folliculare acneiforme[2]) von mir beschriebene Krankheit identisch sei mit dem von Hebra im Jahre 1860 bzw. 1869 unter dem Namen Acne cachecticorum beschriebenen Begriffe. Merk hat während des Krieges ebenfalls ähnliche Erkrankungen gesehen, ohne jedoch für dieselben einen neuen Namen gesucht zu haben. Er macht mir den Vorwurf, die Akneliteratur nicht genügend in Betracht gezogen zu haben, nachdem ich die Erkrankung diagnostisch nur von Ekzem, Lichen pilaris, Lichen scrophulosorum und Lichen ruber acuminatus differenziert habe.

Es freut mich, daß die interessanten Erörterungen Merks mir Gelegenheit bieten, auf seine Einwendungen einige die beschriebene Hauterkrankung betreffende Bemerkungen zu machen.

Was die Benennung Exanthema folliculare acneiforme anbelangt, so darf dieselbe nicht etwa als ein neuer Terminus technicus betrachtet werden, sondern als die getreue anatomische Benennung der beschriebenen Veränderungen, also eine zwecks Vermeidung von Irrtümern gewählte griechisch-römische Definition eines klinischen Begriffes, deren Lage in der Dermatologie vorderhand nicht sichergestellt ist.

Meine Arbeit wurde bedeutend erschwert eben durch den von Merk ausgesetzten Umstand, daß mir keine Literatur zur Verfügung stand — infolge meines seit Kriegsbeginn ununterbrochenen Felddienstes. Ein weiteres Hindernis in der wissenschaftlichen Beurteilung meiner Fälle war die geplante, aber mit Rücksicht auf meine Verhältnisse bisher undurchführbare histologische Untersuchung der Einzeleffloreszenzen. Diese

[1]) Diese Zeitschrift Nr. 48. Der Abzug des Merkschen Artikels ist zuerst nach Kolozsvár, dann mit großer Verspätung ins Feld zu mir geschickt worden.

[2]) Diese Zeitschrift Nr. 48.

Digitized by Google

mit dem Kriege zusammenhängenden Mängel können im Frieden oder gelegentlich einer eventuellen Rücktransferierung nachgeholt werden. Ungeachtet dieser Umstände hielt ich die Veröffentlichung für dringend notwendig, nachdem die Krankheitsfälle ein sehr frappantes, ungewöhnliches Bild darstellten und ihre nicht geringe Zahl vermuten ließ, daß sie auch von anderen Fachkollegen beobachtet worden sein dürften. Zugleich rechnete ich darauf, daß mein Artikel Äußerungen verschiedener Fachleute auslösen wird. Eine Sonderansicht ist in der Arbeit MERKS ausgesprochen worden — betrachten wir seinen Standpunkt.

Wie bereits erwähnt, behauptet er, daß meine Fälle mit der Acne cachecticorum HEBRAS identisch seien. Dieser seiner Ansicht kann ich mich vorläufig weder anschließen noch kann ich dieselbe zurückweisen. Wir müßten nämlich vorerst mit Bestimmtheit wissen, was wir unter Acne cachecticorum verstehen wollen; bezüglich der Hingehörigkeit dieses Krankheitsbegriffes sind die Ansichten noch recht verschieden. Wie es aus MERKS Zusammenstellung ersichtlich ist, wurde unter dem Einflusse von NEISSER, JADASSOHN, EHRMANN, KREIBICH und anderen die Acne cachecticorum einfach unter die Tuberkulide eingereiht. Eben dieser Umstand gibt mir Anlaß zu Bedenken, wenn ich meine Fälle mit der Acne cachecticorum und gleichzeitig mit den Tuberkuliden identifizieren sollte. Nehmen wir zuerst an, daß die Acne cachecticorum zu den Tuberkuliden gehört und betrachten wir die Umstände, welche das Verhältnis der Exanthema folliculare acneiforme zu den Tuberkuliden bestimmen. Für die Zugehörigkeit sprechen folgende Umstände:

1. Das Exanthema folliculare acneiforme verursacht tatsächlich Acneeruptionen am Stamme und an den Extremitäten — wie es in der Beschreibung HEBRAS steht, welche auf Lokalbehandlung nicht oder nur sehr schwach reagieren.

2. Die Krankheit habe ich meistens an blutarmen Jünglingen beobachtet, welche zum Teil längere Zeit im Schützengraben gelegen sind.

3. Die Effloreszenzen heilen mit scharfrandigen, etwas vertieften, pigmentierten Narben, so wie z. B. die Acne necrotica und die Tuberkulide.

Gegen einen Zusammenhang meiner Fälle mit den Tuberkuliden sprechen folgende Umstände:

1. Kein einziger meiner Kranken war kachektisch, sondern höchstens anämisch.

2. Die Veränderungen beschränken sich auf die Follikel.

3. Aus einem Teil der Effloreszenzen können Komedonen oder fetter, detritusartiger Inhalt ausgepreßt werden.

4. In keinem Falle ist es zu einer Exulzeration, zur Bildung kraterförmiger Substanzverluste gekommen.

Digitized by Google

5. Außer gelegentlicher, kaum nachweisbarer, abgelaufener Apizitis war kein Symptom irgend einer Tuberkulose vorhanden. Ich betone ausdrücklich, daß ich nicht einmal lymphatischen Habitus konstatieren konnte, geschweige denn eine Tuberkulose der Drüsen, Knochen oder der Haut.

Woher und auf welche Weise hätte also eine so bedeutende Disseminierung von Tuberkelbazillen bei einer Reihe scheinbar tuberkulosefreien Individuen stattfinden können? Wenn wir das Vorhandensein eines versteckten Herdes annehmen, ist es noch immer nicht recht glaublich, daß eine derartig ausgebreitete multiple hämatogene Infektion ohne die geringste Störung des Allgemeinbefindens stattfinden kann. Markus Sch. (siehe Fig. 5) hat viele Tausende Follikulitiden gehabt, ohne jemals gefiebert zu haben und ohne jedwede subjektive Beschwerden.

Eine weitere Frage: Warum sollten die Infektionskeime bei einer so gewaltigen Dispersion einzig und allein nur an den Follikeln haften, ohne irgend eine andere Stelle der Haut zu infizieren? Sind denn die Tuberkulide und die zu ihnen gerechnete Acne cachecticorum keine bazillären Erkrankungen? Die positiven Impfversuche und Befunde bei Tuberkuliden haben diese zu den wirklichen Hauttuberkulosen gereiht. Sollen wir vielleicht wieder zur höchstproblematischen Tuberculo-Toxin-Theorie zurückgreifen, um solche Fälle zu erklären?

Wie es aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, scheint die Frage nicht so einfach zu sein wie sie Merk bezeichnet. Die meisten Umstände scheinen nämlich gegen den Zusammenhang des Exanthema folliculare acneiforme mit den Tuberkuliden zu sprechen.

Lassen wir jetzt die Frage dahingestellt, ob die Acne cachecticorum zu den Tuberkuliden gehört oder nicht, und untersuchen wir, ob meine Fälle mit Hebras Originalbeschreibung der Acne cachecticorum übereinstimmen. Im großen und ganzen stimmen sie überein, nachdem das Exanthem am Stamm und an den Extremitäten lokalisiert ist; es besteht aber der Unterschied, daß in meinen Fällen keine Kachexie vorhanden war, andererseits aber in der Mitte der meisten Akneknötchen Eiter, Komedo oder ein talgartiger Inhalt nachgewiesen werden konnte.

Merk erwähnt in seiner Arbeit, daß die Acne cachecticorum im Frieden immer seltener und seltener geworden ist, nachdem die Zahl der Kachektischen abgenommen hat. Die unerwartet lange Fortdauer des Krieges mit seinen vielen Schädigungen habe das so selten gewordene Krankheitsbild wieder öfters zum Vorschein gebracht. Diesbezüglich habe ich über folgende Beobachtungen zu berichten:

Zu Beginn des Krieges ließen die sanitären Verhältnisse sowohl in

[1]) S. zitiert bei Merk.

Digitized by Google

unseren, als auch bei den feindlichen Armeen sehr viel zu wünschen übrig. Heute haben wir auf diesem Gebiete fast unglaubliche Fortschritte gemacht. Hätte ich im Winterfeldzuge 1914/1915 in den Karpathen an schmutzigen, herabgekommenen, ausgehungerten, von Ungeziefer bedeckten russischen Gefangenen, oder bei unseren erschöpften, größtenteils verlausten eigenen Verwundeten und Kranken auf der zerkratzten pyodermitischen Haut Acne cachecticorum gefunden, so hätte ich es für ganz natürlich gehalten. Ich glaube aber sie nicht gesehen zu haben. Nachdem aber der größte Teil meiner Fälle im Laufe von 1916 zur Beobachtung kam, und zwar an unseren nicht verlausten, nicht herabgekommenen, mehr oder weniger gut gebauten und genährten Soldaten, von welchen kein einziger Spuren einer Kachexie aufwies, so ist es fraglich, ob man meine Fälle mit der Acne cachecticorum Hebras indentifizieren darf.

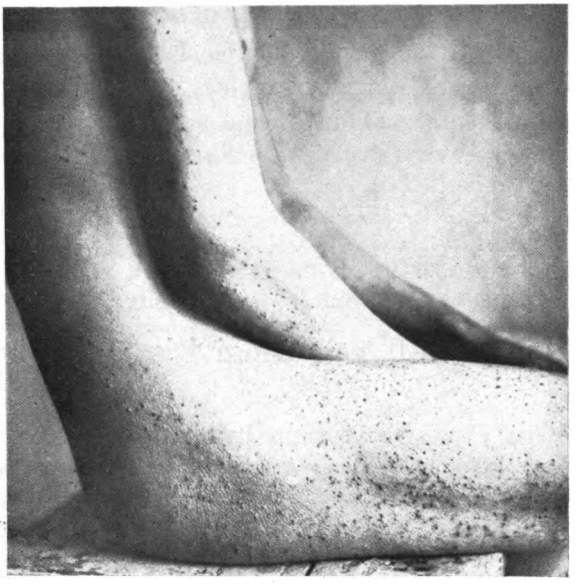
Entweder müßten wir aus dem Hebraschen Krankheitsbegriffe, entgegen der Beschreibung des Autors, die Kachexie als Conditio sine qua non fallen lassen (wie das schon gewissermaßen von Kaposi getan wurde, als er an Stelle der Kachexie nur Gemütsdepression fand[1]), um Acne cachecticorum bei gutentwickelten, regelmäßig ernährten und gepflegten Personen diagnostizieren zu können. Oder aber halten wir die ursprüngliche Beschreibung Hebras aufrecht und sind in diesem Falle die E. follic.-Fälle mit der Acne cachecticorum nicht identisch. Kompliziert wird die Sache noch dadurch, daß unter meinen Fällen zwei Typen zu unterscheiden sind: eine seltenere, akute Form, bestehend aus vielen, ja zahllosen Follikulitiden, und eine zweite häufigere Form, deren chronische Effloreszenzen sich nie in Pusteln umwandeln. Man kann klinisch an den letzgenannten Knötchen nebst einer geringen chronischen Entzündung des Follikels eine starke Hypertrophie oder Hyperplasie der Talgdrüsen vermuten. Diese Knötchen könnten auch so charakterisiert werden, daß sie makroskopisch etwas von der Keratosis follicularis, von Acne vulgaris und von Follikulitis haben, von diesen aber durch das typische Exanthem leicht zu unterscheiden sind. Eine beschränkte Anzahl solcher Knötchen fällt gar nicht auf und kann als solche nicht diagnostiziert werden, im Gegensatz z. B. zu den Tuberkuliden, welche auch aus 1—2 Effloreszenzen zu erkennen sind.

Ich habe gegenwärtig einen Kranken mit dem beschriebenen follikulären Exanthem in Behandlung. (Siehe Abbildung, welche sowohl die Einzeleffloreszenzen, als auch den ganzen Ausschlag in äußerst charakteristischer Weise zeigt.) Er ist ein 19jähriger Honvéd von rumänischer Sprache. Er bemerkte vor zehn Wochen einen Ausschlag an seinen Gliedmaßen und wurde am 11. X. 1917 aufgenommen. Subfebrile Temperatur.

[1]) Zitiert von Merk.

Digitized by Google

Nicht besonders gut gebauter, schwach ernährter, blasser Jüngling, der drei Monate lang bei einer Ausbildungsgruppe gedient hat und bloß die letzten vier Wochen im Schützengraben verbracht hat. An seinen Extremitäten, ferner am Rücken und an den beiden Seiten eine Anzahl der oben beschriebenen Akneknötchen auf vollkommen normaler Haut. Linksseitiger Lungenspitzenkatarrh — mäßige Dämpfung, verlängertes rauhes Exspirium — konstatierbar. Temperatur 37,2, welche auf Bettruhe nächsten Tag normal wird und auch weiterhin ständig unter 36,7 bleibt. Am vierten Tage des afebrilen Zustandes 0,5 mg Tuberkulin C. L. (Paulenc Frères) subkutan. Nächsten Tag nachmittags 37,6, abends normal. An den Hautveränderungen entstand keine Herdreaktion. Aus der rechten Ellenbogengegend Exzision eines größeren Stückes zwecks histologischer Untersuchung.



Unter sämtlichen Fällen, die ich bis jetzt zu beobachten Gelegenheit hatte (es dürften 30—40 gewesen sein), ist dieser der einzige, wo positive Zeichen einer Tuberkulose vorhanden waren. Ob die Hauterscheinung in kausalem Verhältnisse zur Lungenspitzenaffektion steht, kann ich vorläufig nicht entscheiden.

Ich habe selber längere Zeit hindurch an einen Zusammenhang der von mir beschriebenen Hautveränderung mit den Tuberkuliden gedacht. Verlockend ist die etwas eingezogene, scharfrandige und bedeutend pigmentierte Narbe, welche nach der Abheilung einer jeden Effloreszenz zurückbleibt, ferner die Anämie der Patienten. Später haben mich aber die jetzt angeführten Momente von dieser Meinung abgelenkt und ich erwähnte in der Publikation nichts von dieser Vermutung, welche ich nicht hätte stichhaltig motivieren können. Vielleicht hat Merk recht und

Digitized by Google

ist das besprochene Exanthem nichts anderes als Hebras Acne cachecticorum. Ich kann diese Ansicht aus den oben angeführten Gründen vorderhand nicht ohne weiteres teilen und nahm auch bei der Publizierung der Fälle keinen fixen Standpunkt ein; dementsprechend gab ich der Erkrankung die anatomische Benennung, welche in keiner Richtung präjudiziert und die Frage offen läßt, solange die histologische Untersuchung, ferner das Studium weiterer Fälle, schließlich eventuelle Äußerungen verschiedener Fachleute uns positive Anhaltspunkte in der Beurteilung dieser Krankheitsform bieten werden.

Nachwort von Prof. L. Merk in Innsbruck.

Zu obigen recht einleuchtenden Auseinandersetzungen, die mir liebenswürdigerweise von der Schriftleitung im Bürstenabzuge zugekommen sind, möchte ich erinnern, daß die Frage der Acne cachecticorum (Hebra) auch noch gegenüber den Pyämiden (W. m. W., 1909, Nr. 38) klarzustellen wäre.

Aus dem k. u. k. Reservespital Nyitra Molnos, Ungarn
(Kommandant Ober-Stabsarzt Dr. Ladislaus Bárdió).

Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica.

Von

Dr. Alfred Perutz,

Assistent der dermatologischen Abteilung des k. k. allg. Krankenhauses in Wien, dz. Chefarzt der Zentralstation für venerische Kranke des Militärkommandobereiches Pozsony.

Die gonorrhoischen Erkrankungen der Mundhöhle gehören wohl zu den seltensten extragenitalen Lokalisationen der Blennorrhoe. Spärlich sind die diesbezüglich in der Literatur verzeichneten Fälle, spärlich dürften auch die nicht zur Veröffentlichung gelangten Beobachtungen sein, so spärlich, daß einerseits Mucha bei der kritischen Durchsichtung des Literatur- und des eigenen selbst beobachteten Materials der Finger-schen Klinik in Wien seine Ansicht dahin auszusprechen glaubt, daß ein sicherer Beweis für das Vorkommen gonorrhoischer Erkrankungen der Mundhöhle noch aussteht, jedoch die Möglichkeit des Vorhandenseins dieser Krankheit zugibt, daß es mir andererseits an dem so reichen venerischen Material, dessen Behandlung mir gegenwärtig obliegt, erst einmal gelang, einen diesbezüglichen einschlägigen Fall zu beobachten. Es sei mir gestattet, in kurzen Zügen die Krankengeschichte dieses Patienten zu skizzieren.

F. S. 27jähriger Infanterist. War bisher nicht venerisch krank. Vier Tage nach erfolgtem Koitus erkrankte Patient unter den üblichen Erscheinungen einer Harnröhren-

Digitized by Google

gonorrhoe, die mit starker Eiterung einherging und nach weiteren neun Tagen zu einer Erkrankung des rechten Nebenhodens führte. Er meldete sich bei der Marodenvisite seines Regimentes und wurde zwecks Behandlung seines Leidens dem hiesigen Spitale zugewiesen.

Schon am Tage der Spitalaufnahme hatte Patient ein eigentümliches Gefühl im Munde, vermehrten Speichelfluß, schlechten Geschmack, gelegentlich auch Schmerzen beim Essen. Er hatte das Gefühl „als ob seine Zähne länger geworden wären".

Patient legte aber diesen Erscheinungen keine Bedeutung bei und machte bei der ersten Untersuchung auch darüber keine Mitteilung. Therapeutisch wurde ihm die hier übliche antigonorrhoische Behandlung und wegen seiner Epididymitis Gonokokkenvakzine vorgeschrieben. Er erhielt am 4. X. 1917 eine intramuskuläre Injektion von 5 Millionen Keimen des im k. k. serotherapeutischen Institute in Wien hergestellten polyvalenten Vakzins. Am nächsten Tage Morgentemperatur 37,8, starke Schmerzen des Hodens, Schmerzen im Munde und vermehrte Salivation.

Status praesens: Kräftiger gut genährter und gut gebauter Mann.

Herz und Lunge ohne Besonderheiten. Art. radialis weich.

Das Orificium urethrae gerötet und leicht geschwollen, eitriger Ausfluß aus der Harnröhre. Der rechte Nebenhoden stark vergrößert, entzündet, druckschmerzhaft, Urin in beiden Portionen trüb.

Im Sekret mikroskopisch zahlreiche intra- und extrazelluläre Gonokokken, reichlichst Eiterkörperchen.

Es wurden dem Patienten wegen seiner Epididymitis 5 Millionen Keime der Gonokokkenvakzine intramuskulär gegeben, auf die er, wie oben erwähnt — allgemein mit einer Temperatursteigerung bis 37,8, lokal mit Schmerzen des erkrankten Nebenhodens und des Zahnfleisches reagierte. Wegen letzterer Beschwerden wurde mir Patient neuerdings vorgestellt und bot folgendes Bild:

Es besteht eine Rötung und Schwellung des Zahnfleisches, speziell der Gingiva des Unterkiefers. Dasselbe ist aufgelockert und zeigt Neigung zu Blutungen. Die Rötung ist am Zahnfleischrande am lebhaftesten, zwischen den einzelnen Zähnen ist die Gingiva stark geschwollen, wulstartig vergrößert, teils leicht exulzeriert, teils bläulichweiß belegt. Die Geschwürchen sind flach und unregelmäßig begrenzt, die Salivation ist vermehrt. Bei Druck auf das Zahnfleisch entleert sich ein gelblichgrüner, nicht riechender Eiter. Die Lymphdrüsen unterhalb der Mandibula sind leicht geschwollen und schmerzhaft.

Aus äußeren Gründen konnten wir keine kulturelle Untersuchung des Sekretes vornehmen, und so mußten wir uns mit dem mikroskopischen bakteriologischen Befund begnügen. Es wurden mehrere Ausstrichpräparate vom Eiter gemacht und mit Methylenblau, nach Unna-Pappenheim und nach Gram, gefärbt. Im Ausstrichpräparate wurden reichlich Diplokokken gefunden, deren morphologische Eigenschaften denen des Gonokokkus entsprachen: sie waren zum großen Teil intraleukozytär, teilweise extrazellulär angeordnet, bildeten Tetraden, entfärbten sich nach Gram usw. Als Testobjekt diente hierbei das aus der Urethra gewonnene Präparat.

Es wurden dem Patienten Spülungen des Mundes mit Wasserstoffsuperoxyd und Tuschieren des erkrankten Zahnfleisches mit einer 5%igen Cholevallösung 10—12 mal täglich verordnet. Am nächsten Tage waren die Beschwerden schon geringer, die Entzündungserscheinungen waren vermindert, die Eiterung war schon dünnflüssiger. Am 4. Tage war der Entzündungsprozeß schon ganz abgeklungen, die Geschwürchen abgeheilt, die Eiterung ganz geschwunden. Auch die subjektiven Beschwerden waren nicht mehr vorhanden. Fünf Tage nach der 1. Vakzineinjektion wurden dem Patienten 10 Millionen Gonokokkenkeime gegeben. Am nächsten Tage Temperatursteigerung bis 37,4, lokale

Digitized by Google

Reaktion am Hoden, ganz leichte Beschwerden des Zahnfleisches. Patient beklagte sich über eigentümliches Gefühl der Hitze im Munde, objektiv war aber nichts nachzuweisen. Die 3. Vakzineinjektion verlief puncto Gingiva reaktionslos.

Epikrise. Wir konnten bei einem an Gonorrhoe der Harnröhre und des Nebenhodens erkrankten Manne eine Affektion des Zahnfleisches beobachten, die mit Rötung, Schwellung, Eiterung und Geschwürbildung einherging und in deren Sekret Diplokokken gefunden wurden, deren morphologischer und tinktorieller Charakter dem Gonokokkus entsprach, und die in ihrer Größe, Form und Aussehen denjenigen Diplokokken gleich waren, die im Harnröhrensekret gefunden wurden. Wie wohl eine Kultur aus dem Eiter nicht angelegt wurde, kann wegen der Morphologie dieser Diplokokken und wegen des klinischen Bildes der durch sie erzeugten Harnröhrenerkrankung mit Sicherheit auf Gonorrhoe geschlossen werden, und die Affektion der Harnröhre und des Nebenhodens als Urethralgonorrhoe, diejenige des Zahnfleisches als Gingivitis gonorrhoica bezeichnet werden.

Klinisch ist diese Erkrankung durch ihre kurze Dauer charakterisiert, weiter dadurch, daß sie keine starken destruktiven Veränderungen hervorruft, daß sie zu einer restitutio ad integrum führt, ferner daß sie spezifisch lokal auf Gonokokkenvakzine reagierte und durch Silberpräparate (Choleval) zum Abheilen gebracht wurde. Letztere zwei Punkte können bei suspekten Fällen zur Klärung dieser Erkrankung führen: Eine Diagnose ex juvantibus und eine Diagnose mittels eines spezifischen Vakzins.

Mucha legt zwar sein Hauptgewicht für die Diagnosestellung einer gonorrhoischen Erkrankung der Mundhöhle neben den Eigenschaften des Strichpräparates auf das biologische Verhalten des Gonokokkus auf Serumagar. Doch haben wir in unserem Falle ein neues Moment finden können, das uns berechtigt, die beschriebene Affektion des Zahnfleisches als gonorrhoisch zu bezeichnen: das Verhalten gegenüber einer spezifischen Vakzineimpfung. Sowohl der gonorrhoisch erkrankte Nebenhoden als auch die erkrankte Gingiva reagierten auf das eingeführte Gonokokkenvakzin mit einer Steigerung der Krankheitserscheinungen. Soweit mir die einschlägige Literatur zur Verfügung stand, konnte ich keinen diesbezüglichen Fall erwähnt finden.

Das klinische Bild, das uns der Patient bot, stimmt im großen und ganzen mit dem der übrigen Autoren überein; nur waren hier die Erscheinungen nicht so stürmisch und schwer wie sie zum Beispiel Jesionek bei seinem Falle beschreibt. Sie ähneln vielmehr den Fällen die Rosinsky, Leyden und Ahlfeld bei Säuglingen und Kindern beschrieben. Beim Patienten von Jürgens dürfte, wenn auch die Erkrankung durch Gonokokken bedingt war, die Schwere der Krankheit doch durch

Digitized by Google

eine Mischinfektion mit Spirochäten und fusiformen Bazillen, die im Strichpräparat zahlreich vorhanden waren, bedingt sein.

Wenn wir nun zum Schlusse die Frage aufwerfen, wie so es zu einer gonorrhoischen Erkrankung der Mundhöhle kommt, so können wir als Infektionsmodus eine primäre Infektion annehmen, und zwar eine durch Coitus per os, Cunnilinguus usw. oder eine durch Autoinfektion entstandene Übertragung, während uns für die Annahme einer sekundären metastatischen Erkrankung jeder Anhaltspunkt fehlt.

Zusammenfassend können wir sagen, daß wir bei einem an Harnröhrengonorrhoe leidenden Patienten eine Erkrankung des Zahnfleisches finden konnten, die wegen ihres klinischen Bildes, wegen ihres Verlaufes, wegen ihres mikroskopischen Befundes und wegen ihres Verhaltens gegenüber der Gonokokkenvakzine als Gingivitis gonorrhoica bezeichnet werden kann.

Literatur:

MUCHA: Die Gonorrhoe der Mundhöhle, in: Handbuch der Geschlechtskrankheiten, 1912, Band II.

Aus der Praxis.

Kalihypermangan-Behandlung der Bartflechte.

Von

Oberarzt d. R. Dr. RICHTER.

Gleichwie zur chirurgischen Behandlung möchte ich auch das Interesse der Dermatologen für Kalihypermangan-Behandlung hervorrufen. Das Kalihypermangan ist aus zwei wichtigen Gründen zur Behandlung äußerst berufen: 1. kann man es mit Alkalien zusammen verwerten, 2. aber auch läßt es dünnste Konzentrationsgrade von 1 : 4000 bis hinauf zu 8%iger Lösung zu.

Im Felde und bei einem Ersatzbataillon habe ich die jetzt grassierende Bartflechte damit behandelt. Sämtliche Trichophytien, Herpes tonsurans als auch Trichophytia profunda reagieren gut auf Einpinselung mit 5%iger Kali hyp.-Lösung. Die oberflächlichen Trichophytien weichen schon, wenn man sie an 3—5 aufeinanderfolgenden Tagen mit 5%iger Lösung bepinselt, worauf man die Lösung eintrocknen läßt.

Ekzematöse Formen, welche am Kinn, den Augenwimpern und am Kopf mit nässender Borkenbildung kombiniert sind, eignen sich für einen 1%igen Kali hyp.-Anstrich mit nachfolgendem feuchten Umschlag von 1 : 500.

Zur Behandlung diene folgendes Rezept für die 5%ige Lösung, entweder reine 5%ige Lösung oder

Rp. Kali hyp. 5,0
Acid. boric. 3,0
Aqu. dest. 100,0.

	Für die 1%ige Lösung		Für die Lösung 1 : 500
Rep.	Kali hyp.	1,0	1,0
	Acid. boric.	1,0	2,5
	Na. bicarb.	1,0	5,0
	Na. chlorat.	0,2	0,2
	Aqu. dest.	100,0.	500,0.

Digitized by Google

Die Trichophytia profunda bzw. Sykosis parasitaria ist ebenfalls gut beherrschbar, indem man sie mehrere Tage hintereinander mit 5%iger Lösung bepinselt, nachdem man eitrige Pusteln und infiltrierte Gänge ausgedrückt hat; später geht man zu Anpinselungen mit 1%iger Lösung über und macht dabei noch Umschläge mit 1:500 Lösung als feuchten Verband. Schon nach etwa 1—2 Wochen sieht man das erfreuliche Zurückkehren normaler Verhältnisse an den schwer affizierten Hautstellen und das Zusammensinken der Infiltration bis zur normalen Haut; auch zur Behandlung des Favus eignet sich diese Methode.

Des Ferneren möchte ich darauf hinweisen, daß bei der Behandlung von Ekthymageschwüren Anstriche mit 1%iger Kali hyp.-Lösung und nachfolgender Dermatolpuderung gut am Platze sind. Nachfolgende feuchte Verbände mit Kali hyp.-Lösung 1:500 eignen sich ebenfalls in allen diesen Fällen. Die Verbände wechselt man bei den Trichophytien täglich, bei Ekthymageschwüren alle drei Tage.

Ein besonderes Studium entsteht für mich aus der Wirkungsweise der stark sauren Lösungen (essigsaure, salzsaure) oder der alkalisch abgeschwächten Lösungen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Schwierigkeiten bei der Durchführung starrer Instrumente durch die Harnröhre beim Manne, von B. Goldberg-Wildungen. (D. Zschr. f. Chir., 1916, Bd. 137, H. 5—6.) Bei einer Striktur sind gerade Instrumente ohne jede Knickung einzuführen; ebenso kann nur ein gerades Zystoskop eingeführt werden. Muß man bei enger Striktur die Blase besehen, so lege man für 12 Stunden ein Verweilbougie und versuche dann ein Stangle-Zystoskop. Bei einer Versteifung des beweglichen Teiles der Harnröhre durch Striktur gelang es dem Verfasser, ein Bougie bzw. Zystoskop einzuführen, sobald er den Penis in seiner zur Symphyse senkrechten Stellung beließ und nicht durch Senkung des Griffes nach unten, sondern durch Vorwärtsdrängen das Bougie in dieser sogenannten zweiten Position in die Blase zu bringen versuchte. W. Chrzelitzer-Posen.

Harnröhrenwunden und Verweilkatheter, von Alfred Rothschild-Berlin. (M. Kl., 1916, Nr. 5.) Der Verfasser setzt die Vorzüge und Schattenseiten der Anwendung von Verweilkathetern bei Harnröhrenwunden auseinander. Er verfügt natürlich infolge des Krieges über ein ziemlich reichhaltiges Material von Schußverletzungen der Urethra, besonders der pars pendula, aus dessen Beobachtung er zu seinen Schlüssen kommt. Obwohl er Fälle gesehen hat, in denen er Harnröhrenwunden hat glatt heilen sehen, ohne daß ein Katheter oder eine Sonde zur Verwendung kam, glaubt Rothschild doch in allen Fällen von Harnverhaltung oder infizierter Blase resp. unreinem Urin entweder einen Verweilkatheter anlegen zu müssen, oder zwischen der Stelle des Traumas und der Blase durch die Urethrotomia externa (ev. perinealis) oder suprapubica ev. selbst durch die sectio alta für die Harnentleerung sorgen zu müssen. Bei Verwendung eines Verweilkatheters ist peinlichste Sauberkeit durch geübtes Wartepersonal (mehrmalige Spülungen im Laufe des Tages usw.) unerläßlich. Bei operativem Vorgehen muß meist ebenfalls ein Katheter resp. ein Drainrohr von der Blase nach der künstlich angelegten Öffnung eingelegt werden. Rothschild veröffentlicht Literaturstudien und Beobachtungen um seine Ansichten über den Nutzen des Verweilkatheters resp. über den je nach der Art des Falles angezeigten modus procedendi anschaulich zu machen. O. Lasch-Breslau.

Die Plastik der verletzten Urethra durch Venentransplantation, von Leguen. (Presse méd., 1916, Nr. 18.) Der Verfasser beschreibt eine von ihm in einem Falle von

Digitized by Google

Verletzung der Urethra mit vollem Erfolg ausgeführte Transplantation eines 15 cm langen Stückes der Vena saphena an Stelle der zerstörten Urethra. Nach 20 Monaten war die neue Urethra für Béniqué Nr. 44—48 durchgängig. A. Gunsett-Straßburg.

Kanalisation der Urethra bei kompletter traumatischer Narbenstenose, von Raffaele Altobelli. (Riforma med., 1914, Nr. 48.) Beschreibung der Technik. Hat mehr chirurgisches Interesse. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Varizen der Harnröhre des Mannes, von Ernest G. Mark und Harvey E. M. Carthy-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 18. Dez. 1915.) Der 46jährige Patient hatte vor 20 Jahren Tripper und später Striktur gehabt. Nach dem Heben eines schweren Gegenstandes verspürte er plötzlich Schmerz in der Blasengegend und Harndrang. Später bemerkte er den Ausfluß von Blut aus der Harnröhre. Die Zystoskopie ergab normale Verhältnisse. Bei der Urethroskopie fand sich in der Gegend des Penoskrotalwinkels an der oberen Harnröhrenwand eine tumorartig vorspringende, weiche, schwarzrötliche Masse. Bei Lufteinblasung verschwand die Farbe völlig, es zeigten sich unregelmäßige Streifen, die durch Druck gelblich wurden, mit Ausnahme eines kongestionierten Punktes. Die genaue Besichtigung ergab, daß variköse Gefäße mit einer Perforationsstelle vorlagen. R. Frühwald-Leipzig.

Primäres Urethralkarzinom mit priapismusähnlichen Folgen, von E. Allenbach-Straßburg. (D. Zschr. f. Chir., 1916, Bd. 138, H. 1—2.) Ein 51 Jahre alter Mann bemerkt, daß sein Penis stark anschwoll und steif wird. Die Miktion wird immer schwieriger, zuletzt entleert sich der Urin nur tropfenweise. Gewichtsabnahme 28 Pfund. Katheterismus unmöglich. Die Untersuchung per rectum ergibt einen Tumor bis an die linke Prostatahälfte heranreichend, knochenhart von Hühnereigröße. Die Sektion ergibt in der Urethralschleimhaut zahlreiche bis hanfkorngroße flache Knötchen. Auch die Corpora cavernosa des Penis zeigen hanfkorngroße weiße Neoplasmaknötchen. Nierenbecken und Ureter erweitert. Mikroskopische Diagnose stellt zylindrozelläre Krebszapfen fest. Das Karzinom hat einen sehr großen Teil der Urethralschleimhaut ergriffen, dann die Corpora cavernosa des Penis und der Urethra in ihrem ganzen Verlauf infiltriert und in eine starre Tumormasse verwandelt, so daß ein Erektionszustand vorgetäuscht wurde. W. Chrzelitzer-Posen.

Beitrag zur Ätiologie der nicht blennorrhoischen Urethritiden, von Walther Karnin. (M. m. W., 1917, Nr. 18.) Der Kranke hatte 1913 eine Blennorrhoe durchgemacht, die nach sechs Monaten heilte. 1917 trat ohne vorhergehenden Koitus Ausfluß auf. Im Sekret polgefärbte Stäbchen, häufig in der Form von Diplobazillen und Diplokokken, die fast ausschließlich intrazellulär liegen und Gonokokken völlig gleichen, aber grampositiv sind. Die kulturelle Differenzierung ergab die Zugehörigkeit dieser Diplokokken zu den Sarcinen. A. Witte-Bremen.

Urethritis acuta typhosa, von Joh. Saphier-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 48.) Bericht über zwei Fälle. Im ersten hatte der Patient vor zwei Jahren einen Abdominalis gehabt, im zweiten lag eine frische Erkrankung vor. Beide litten an Urethritis und Orchitis, im Eiter wurden Typhusbazillen nachgewiesen. H. Vörner-Leipzig.

Nichtbakterielle Urethritis, von P. J. Nixon. (M. Record, 10. April 1915.) Verf. weist auf die Binsenwahrheit hin, daß gegen Ende einer Tripperbehandlung der Ausfluß manchmal durch die Injektionen unterhalten wird. R. Frühwald-Leipzig.

Über Blasenlähmungen nach intralumbalen Optochininjektionen, von O. Landsberger-Wien. (W. m. W., 1916, Nr. 45.) Bei Meningitis epidemica wurde eine 1%ige Lösung von Optochin. hydrochl. in physiologischer Kochsalzlösung den Patienten im Anschluß an eine Lumbalpunktion in einer Menge von 10 ccm verabreicht. Die Injektion setzt die Zahl der im Liquor enthaltenen Keime herab, ohne sie aber zum

Digitized by Google

gänzlichen Verschwinden zu bringen. Bei einem großen Teile dieser Patienten traten vorübergehend Blasenlähmungen auf, deren Ursache in der spezifischen Giftwirkung des Optochinins zu suchen ist, die vielleicht durch die längere Lagerung des Mittels an der Luft eine Zunahme erfuhr. H. Vörner-Leipzig.

Fremdkörper in der Harnröhre und Blase, von Max Roth. (B. kl. W., 1917, Nr. 10.) Verf. beschreibt einen Fall, bei dem sich ein Mann angeblich zum Zweck der Temperaturmessung ein Thermometer von 13 cm Länge in die Harnröhre eingeführt hatte und eingeschlafen war, worauf das Instrument vollständig in der Harnröhre verschwunden war. Der Kopf des Thermometers war in der Dammgegend hinter dem Bulbus urethrae zu fühlen. In Narkose Längsschnitt in der Regio perinealis und Urethrotomia ext. Nach 10 Tagen Entlassung. Verf. betrachtet diesen Fall als ein Beispiel des Wanderns des Urethralfremdkörpers gegen die Blase zu. Durch letzteren werden Erektionen ausgelöst, bei denen er in der Harnröhre verschwindet und nach Beendigung der Erektion wird durch die folgende Verkürzung der Harnröhre der Fremdkörper nach dem Bulbus zu verschoben. Außerdem führt Verf. noch zwei Fälle an, in denen der Fremdkörper per vias naturales aus der Blase entfernt werden konnte, eine 3 Monate darin befindliche inkrustierte Haarnadel und ein 29 cm langer, zum Teil inkrustierter, aus einem fest zusammengerollten Briefbogen bestehender Fidibus. E. Klemm-Leipzig.

Korallenartige Blasensteinbildungen bei einem jugendlichen Individuum, von Günther. (D. m. W., 1916, Nr. 34.) G. berichtet über einen Fall von Blasenstein, bei dem trotz neunjährigen Reizzustandes, den der Stein auf die Blasenwand ausübte (sehr heftige Schmerzen gegen Schluß der Miktion), niemals Blasenblutungen aufgetreten sind, und bei dem jede Infektion der Blase fehlte. E. Brinitzer-Altona.

Über eine Blasen-Foramen-obturatorium-Haut-Fistel entstanden durch Fremdkörper in der Blase, von Domenico Faddei. (Riforma med., 1916, Nr. 2.) Inhalt siehe Titel. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Beitrag zur Kenntnis der Blasenfremdkörper, von Feresio Cattaneo. (Riforma med., 1917, Nr. 10.) Es handelte sich um die 7 cm lange, knöcherne Kanüle einer Spritze. Das Durchschlüpfen durch die Urethra war ohne jede Beschwerde erfolgt, so daß Patient glaubte, der fehlende Spritzenteil sei mit dem Urin fortgeschwemmt, und die gleich danach einsetzenden Blasenbeschwerden gar nicht in Zusammenhang mit dem Abbrechen der Kanüle brachte. Nach 2 Jahren Entfernung der ganz mit Kalk inkrustierten Kanüle durch Cystotomia suprapubica. Heilung. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über suprasymphysäre Zystostomie, von Otto Kalb-Stettin. (D. Zschr. f. Chir., 1917, Bd. 140, H. 3/4.) Die Indikation zur Zystostomie gaben die schweren Störungen der Blasenentleerung auf organischer Nervenerkrankung, hierzu zählen die Fälle von Blasenretention mit gleichzeitiger Inkontinenz wie nach Paraplegien; auch bei organischen Sphinkterenkrampf im Gefolge organischer Nervenerkrankung ist die Zystostomie von großem Wert. Ferner ist die Anwendung der Blasenfistel angezeigt bei Retention infolge maligner Tumoren. Bei der plastischen Beseitigung ausgedehnter Harnröhrendefekte, besonders am Damm, ist die Zystostomie angezeigt. Bei den durch Prostatahypertrophie bedingten Totalretentionen schafft die Zystotomie nach jeder Hinsicht Erleichterung. Die Blasenfistel verhindert eine spätere Enukleation in keiner Weise und schafft auch als Dauerzustand durchaus erträgliche Verhältnisse. Selbstverständlich ist der Nachbehandlung besondere Sorgfalt zuzuwenden. W. Chrzelitzer-Posen.

Anästhesierung der Blase mit Eukupin, von C. Schneider-Bad Brückenau-Wiesbaden. (B. kl. W., 1917, Nr. 21.) Verf. hat mit der 1 bzw. 2%igen sterilen öligen Lösung gute Resultate erzielt, besonders bei der Blasentuberkulose. Es wird mittels dünnen Nelatonkatheters soviel in die entleerte Blase gebracht, daß dieselbe

Digitized by Google

nicht mit Kontraktionen reagiert, jedoch nie mehr als 5—10 ccm auf einmal, und möglichst lange darin belassen. Zuerst tägliche Injektion, später in immer größeren Pausen. Bei den ersten Einspritzungen tritt Brennen in der Blase auf, das sich aber bald verliert. Vergiftungserscheinungen sind niemals beobachtet worden. Zur spezifischen Behandlung der Tuberkulose können der Lösung entsprechende Mittel zugesetzt werden.
E. Klemm-Leipzig.

Ein seltener Fall von Prolaps der Harnblase, von Amberger-Frankfurt a. M. (Beitr. z. klin. Chir.. 1917, Bd. 110, H. 2.) Verf. schildert einen Fall von Blasenprolaps bei einer 55jährigen Frau. Die Blase war nicht auf dem Wege der direkten Leistenhernie durch die Fovea inguinalis medialis ausgetreten. Am meisten Ähnlichkeit hat der Fall mit einer Cystocele vaginalis. Wegen seiner lang ausgezogenen Form wurde der vorgefallene Blasenteil als Blasendivertikel angesehen. W. Chrzelitzer-Posen.

„Eine neue Methode zur Heilung von Ectopia vesicae", von Th. Rovsing. (Hospitalstidende, 1916, S. 1109.) Zu kurzem Referate nicht geeignet, muß im Original nachgelesen werden. W. Holland-Kristiania.

Die Bedeutung und Behandlung der „Blasenleiden" im Kriege, von Fritz Munk. (D. m. W., 1917, Nr. 15.) In einer längeren Arbeit bringt M. außerordentlich interessantes und wertvolles Material zu seinem Thema bei. M. hat in einer Sammelstation eine Reihe von mehr als 100 „Blasenkranken" einer systematischen Untersuchung und Beobachtung unterworfen. Sorgfältigste anamnestische Erhebungen über die bisherige Dienstzeit sind eine unumgängliche Vorbedingung für die Beurteilung der „Blasenkranken". Für die Pathogenese ist die Tatsache von größter Bedeutung, daß es sich in etwa 70% der Fälle um alte Blasenstörungen handelt, deren Beginn schon vor dem Kriege, meist in der Kindheit der Kranken, zurückliegt. Von einer Kriegs- oder gar „Schützengrabenkrankheit" kann darum bei diesen Kranken keine Rede sein, wenn auch fast ausnahmslos angegeben wird, daß die ungünstigen Lebens- und Witterungsverhältnisse des Frontdienstes das Leiden verschlimmert hätten. In etwa 20% der Fälle wird das Leiden einem bestimmten, kürzere oder längere Zeit zurückliegenden ursächlichen Ereignis zugeschrieben. Gegenüber diesen Kranken mit funktionellen Blasenstörungen findet sich unter dem Rest von 10% ein Teil mit objektiven Anzeichen einer Erkrankung des Urogenitalapparates (Nierenstein, alte blennorrhoische Residien) und endlich vereinzelte Fälle, bei denen die Blasenstörungen symptomatische Erscheinungen anderer Krankheiten sind (Tabes, Diabetes insipidus). Die funktionell Blasenkranken scheiden sich in zwei Gruppen, Kranke mit konstitutionell-chronischen Blasenstörungen und solche mit akuten Blasenstörungen (Erkältung, Infektionskrankheit, Traumen usw.). Die Kranken mit konstitutionell-funktionellen Blasenstörungen zeigen fast mit Regelmäßigkeit geistige oder körperliche Entwicklungsfehler. Bei den akuten Blasenstörungen infolge „Erkältung" hat man den Eindruck, daß die Wirkung der Kälte auf die Blase nicht dem gewöhnlichen Begriff der „Erkältungskrankheit gleichkommt, sondern, daß hier vielmehr unmittelbare reflektorische Einflüsse auf den nervösen Apparat des Harnsystems vorliegen. Der physiologische Grad dieser Einwirkung läßt sich an einem bei den meisten Stubenmenschen beim Aufenthalt in kalter, freier Luft eintretenden Harndrang sowie an der harntreibenden Wirkung der Bäder oder kalten Abwaschungen erkennen. Intensive oder anhaltende Kälte-Hautreize führen zu einer pathologischen Steigerung dieser Reflexerregbarkeit oder zu einer Permanenz der örtlichen Reflexstörung. Darin liegt das Wesen der allermeisten und als „Blasenleiden" vorkommenden Erkrankungen, sofern diese als Folge einer „Erkältung" aufgetreten sind. Als sekundärer Faktor kommt dazu eine mangelnde Energie, den Drang zu überwinden, da die Reflexerregbarkeit mit jeder Urinentleerung noch gesteigert wird. M. sah

Digitized by Google

zwei Fälle von funktionellen Blasenstörungen im Anschluß bzw. während eines Fünftagefiebers auftreten. Inbetreff der traumatischen Ätiologie werden als körperliche Einwirkungen schon längere Zeit bestehende oder erst vor kurzem entstandene Leistenbrüche, ferner Operationen („Bruch", „Blinddarm") oder abgeheilte Verwundungen des Unterleibs, auch bestimmte körperliche Übungen (Radfahren, Reiten) angeführt. Das psychische Trauma (Schreck) ebenso wie auch eine längere Zeit dauernde psychische Einwirkung (Angst, starke Aufregungen) können vermehrten Harndrang und Inkontinenz bewirken. Nach der Art der Krankheitserscheinungen und Beschwerden bei funktionellen Blasenstörungen lassen sich folgende Formen mehr oder weniger scharf abgrenzen: 1. einfache Enuresis nocturna et diurna, 2. Pollakisurie (vermehrter Harndrang), 3. Incontinentia urinae (Harnträufeln), 4. Tenesmus (Harndrang mit entsprechenden Schmerzen in den abführenden Harnwegen, Urinretention, Blasenkrampf), 5. Kombination dieser Erscheinungen. Bei den chronisch-konstitutionellen Blasenstörungen herrscht die Enuresis, bei der akuten der Spasmus vor. Wichtig ist die Feststellung des Zustandes der Blase nach erfolgtem freiwilligen oder unwillkürlichen Urinabfluß. Eine gefüllte Blase bei Harnträufeln oder nach willkürlichen Harnabfluß hat fast immer eine nicht rein nervös funktionelle, sondern eine organische Störung zur Ursache. Die Beschaffenheit der Haut der Geschlechtsteile und ihrer Umgebung ist für die Bewertung der Anamnese von Wichtigkeit, da eine tatsächliche Inkontinenz der Blase oder häufiges Einnässen im Schlafe nicht ohne eine mazerierende Wirkung auf die Haut vorkommen kann. Die schlechten Erfahrungen, die M. bei konstitutioneller Blasenschwäche mit therapeutischen Maßnahmen macht, ebenso der Beweis, daß auch die in den Vorgeschichten der Kranken verzeichneten, oft monatelangen Lazarettbehandlungen vollkommen ergebnislos geblieben waren, brachte M. zu der Überzeugung, daß es sich bei den Fällen von konstitutioneller Blasenschwäche gar nicht lohnt, eine eigentliche Behandlung einzuleiten. Diese Kranken gehören wegen der genannten Erscheinungen nicht ins Lazarett, sie werden daher, wenn nicht andere Gründe für eine Lazarettbehandlung vorliegen, nach kurzer Beobachtung und gesicherter Diagnose entlassen. Bei den akuten Blasenstörungen empfiehlt sich strenge Bettruhe, Verordnungen heißer Umschläge auf Blasen- und Nierengegend, wöchentlich 2—3 warme Vollbäder. Der Kaffee ist einige Zeit abzusetzen; bei reduziertem Ernährungszustand: Eisen-Arsen. Von Medikamenten: Brom, Extr. Belladonnae, eventuell für einige Zeit Morphium. M. sah von den von Fuchs und Gross empfohlenen heißen Blasenspülungen mit 2%igem Borwasser eine sehr günstige Wirkung. Wenn eine 6—8 wöchige Lazarettbehandlung bei den akuten Blasenstörungen keine erhebliche Besserung oder Heilung zustande brachte, so wurde von einer weiteren erfahrungsgemäß erfolglosen Behandlung Abstand genommen. Von allergrößter Bedeutung für die Wiederherstellung ist auch die Selbsterziehung der Kranken. Die Beobachtung, daß unter den Kranken militärische Chargen und Angehörige gebildeter Stände nur als Ausnahmefälle vertreten waren, bringt die Willensstärke und Erziehung als maßgebende Faktoren bei dieser Krankheit zum Ausdruck. E. Brinitzer-Altona.

Über nervöse Blasenstörungen bei Soldaten, von Fritz Juliusberg und Karl Stetter. (B. kl. W., 1917, Nr. 11.) Die Verf. teilen das beobachtete Material, 228 Fälle, in die drei Gruppen der Pollakisurie, Enuresis und Dysurie ein, von denen die letztere gegenüber den ersten beiden an Häufigkeit bedeutend zurückbleibt. Innerhalb der ersten Gruppe unterscheiden sie reine Pollakisurie, Pollakisurie und falsche Inkontinenz, Pollakisurie als Rezidiv, in der zweiten die von jeher bestehende Enuresis, Enuresis als Rezidiv, Enuresis mit Pollakisurie. Als eigentliche Erkältungskrankheit der Harnblase wird die Pollakisurie bezeichnet, nicht die Enuresis, bei der es sich um ein fast stets seit frühester Kindheit bestehendes Leiden handelt, das allerdings durch Kältereize wieder ausgelöst

Digitized by Google

werden kann. Nahezu $^1/_4$ der Kranken konnte als kriegsverwendungsfähig, eine ganze Anzahl, vor allem solche mit Enuresis, mußten allerdings auch als dienstunbrauchbar entlassen werden. E. Klemm-Leipzig.

Diagnose, Pathogenese und elektrische Behandlung der Blasenparalyse, die nach organischen Veränderungen des Nervensystems auftritt, von D. Courtade. (J. méd. de Paris, 1914, Nr. 5.) Bei Blasenlähmungen muß man in erster Linie auf spezielle Symptome (Tabes usw.) fahnden. Ferner muß die zystoskopische Untersuchung vorgenommen werden. Rückstände kommen in der Regel nicht vor, da wir es nicht mit einer Lähmung der Miktionsreflexe, sondern mit einer echten Blasenlähmung zu tun haben. Schließlich ist die manometrische Untersuchung von großer Wichtigkeit, wie aus folgender Gegenüberstellung ersichtlich ist.

	Echte Lähmungen der Blase	Neurasthenie
Menge . .	sehr groß	manchmal sehr groß
Druck . .	sehr schwach oder gleich Null	sehr schwach
Kontraktion	nicht vorhanden	sehr schwach mit verzögerter Miktion
Stimmung .	nicht gestört	wird schnell sehr stark

Es besteht eine Dissoziation zwischen den Erscheinungen der funktionellen Sensibilität (Druck, Kontraktion) und denjenigen der allgemeinen Sensibilität (Stimmung). Erstere, als Resultat eines Reflexes medullären Ursprungs, sind stark herabgesetzt, letztere (cerebrale Reflexe) stark erhöht. In den Fällen von Blasenlähmung medullären Ursprungs findet man eine Lähmung des Körpers zugleich mit einer solchen des Blasenhalses. Es besteht dann eine totale Inkontinenz oder sehr häufige Pollakisurie, wenn der Blasenhals nur paretisch. Mit Hilfe der lokalen elektrischen Behandlung des Sphincter internus kann man auf die zirkulären Fasern des Blasenhalses wirken und ihnen ihren Tonus wiedergeben. In Fällen von Lähmung des Sphincter internus besteht häufig eine einfache Hemmung der peripherischen Sympathikuszentren. Diese Hemmung wird durch die elektrische Behandlung aufgehoben, so daß die zirkulären Fasern des Blasenhalses wieder zu ihren normalen Tonus kommen. K. Boas-Rostock.

Kriegserfahrungen über Verletzungen der Harnblase und Harnröhre, von Körte. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1916, Nr. 5.) Am häufigsten ist die Verwundung der Harnblase oder Harnröhre durch Gewehrgeschosse verursacht. Die Hauptaufgabe des Arztes bei dieser Art der Verwundung ist die Schaffung freien, ungehinderten Urinabflusses, um die Urininfiltration und -phlegmone zu vermeiden. Für einfache Blasenverletzte ist der Verweilkatheter das gegebene Verfahren. Die Kranken dürfen nicht vor Ablauf des 6.—8. Tages post trauma abtransportiert werden, da der Katheter sich leicht verschieben oder verstopfen kann; der Urin kann dann in das umgebende Gewebe eingepreßt werden. Während der Heilung muß auf Abszesse in der Blasenumgegend geachtet werden. Der hohe Blasenschnitt ist nur bei nicht stillbarer Blutung oder beim Nachweis von Fremdkörpern in der Blase angezeigt. Bei intraperitonealen Blasenverletzungen kann nur der Bauchschnitt eventuell helfen. Die Operation muß spätestens 12 Stunden post trauma erfolgen und erfordert die Anwesenheit eines tüchtigen Chirurgen. Bei Verletzungen des Sphinkterenteiles der Blase und des oberen Teiles der Harnröhre ist die Urethrotomia perinealis möglichst bald auszuführen, ehe Urininfiltration eintritt. Bei schon eingetretener Infiltration breite Spaltung bis zum Gesunden. Falls die Blase mit dem Katheter nicht entleert werden kann, ist die Punktion mit einer Hohlnadel stärkeren Kalibers als temporäres Aushilfsmittel dem Blasenstich mit dem Troikart vorzuziehen. Die Dammwunden der Harnröhre heilen fast stets spontan; die Wunden in der Pars pendula haben Fisteln zur Folge, die dann plastisch geschlossen werden müssen.

E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Über Schußverletzungen der Harnblase im Kriege, von KIELLEUTHNER-München. Mit 4 Tafeln und 16 Abbildungen. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 100, H. 5.) Die interessantesten Kriegsverletzungen des Urogenitalapparates sind die Schußverletzungen der Blase. Sie lassen sich einteilen in symptomlose und komplizierte, in Durchschüsse und Steckschüsse, in direkte Schußverletzungen und in indirekte, bei denen nicht das Geschoß selbst, sondern Splitter eines vorher getroffenen Knochens die Verletzungen der Blase hervorriefen. Die wichtigste Frage bei einer Beurteilung liegt darin, ob das Peritoneum durch die Verletzung miteröffnet wird, oder verläuft der Schußkanal extraperitoneal. Die Heilungstendenz ist im allgemeinen eine gute, falls keine Nebenverletzungen Anlaß zu Komplikationen geben, und andererseits die Infektion fehlt. Die Symptome zeigen sich durch Schmerz-, Spannungs- und Druckgefühl in der Blasen- und Bauchgegend, besonders in durchweg frustranen, schmerzhaften Harndrang, und ausstrahlende Schmerzen in der Harnröhre. Zu den objektiven Symptomen gehören Hämaturie, Ausströmen von Harn aus der Wunde und Veränderungen in der Füllung der Blase. Die Blutungen sind verschieden — jedenfalls sind schwere Blutungen selten. Ebenso ist die Dauer der Blutung verschieden; das Fehlen der Blasendämpfung, das Vorhandensein von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle, verbunden mit Veränderungen des Perkussionsschalles sind für eine intraperitoneale Verletzung des Organs charakteristisch, wenn außerdem der Katheter nur eine geringe Menge bluthaltigen Urins zutage fördert. Bei Verletzung der extraperitonealen Blasenanteile ergießt sich der Blaseninhalt in das perivesikale Zellgewebe oder verletzten Weichteile. Es kommt zur Harninfiltration. Läßt sich nicht feststellen, ob eine intraperitoneale oder extraperitoneale Verletzung stattgefunden, so ist die Blase zu eröffnen. Bei intraperitonealen Verletzungen kann nur die Operation in Frage kommen, die Therapie der extraperitonealen Verletzung ist in der Hauptsache konservativ, Operation erst dann, wenn Komplikationen das Leben bedrohen, sonst besteht die Therapie hauptsächlich in der exakten Ableitung des Harns. Am besten wird ein Verweil- oder Dauerkatheter angewandt. Kommt man damit nicht zum Ziele, so wird im Anschluß an eine Sectio alta eine suprapubische Fistel angelegt. Ist Harn in das umliegende Gewebe eingetreten, so tritt die operative Therapie in ihre Rechte. Bei wirklichen Harnphlegmonen, bei Para- und Perizystitis sind ausgedehnte Inzisionen notwendig. Die Beseitigung von Blasenmastdarmfisteln geschieht auf transvesikalem Wege. Fremdkörper müssen aus der Blase entfernt werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Abszesse und Schorfe durch Chinin, von LAURENT MOREAU. (Presse méd., 1917, Nr. 17.) Da die Salze des Chinins nach der Injektion nicht chemotaktisch wirken, werden miteingedrungene Mikroorganismen von den Phagozyten nicht vernichtet und könenn sich leicht vermehren. Daher kommt es nach solchen Injektionen leicht zu ausgedehnten Nekrosen und Abszeßbildungen. Bei diesen muß baldigst chirurgisch eingegriffen werden, falls die Prognose nicht ernst werden soll. Zur Prophylaxe dieser unangenehmen Nebenerscheinungen ist peinliche Asepsis erforderlich; ferner sollen die intramuskulären Injektionen den subkutanen vorgezogen werden. Die Injektionen sollen zwischen Darmbeinkamm und einer Linie, die das obere Ende der Rima ani berührt, gemacht werden. R. Frühwald-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Februar 1918 | Nr. 8 | Band 66

Aus dem Städtischen Krankenhaus Wiesbaden.

Über Novasurol.

Von

C. Gutmann, leitendem Arzt der dermatolog. Abteilung.

An der Hand des gewaltigen Materials von über 900 Kranken mit etwa 5000 Injektionen berichtet Zieler in Nr. 39 der M. m. W. 1917 über seine Erfahrungen mit Novasurol, einem neuen Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung.

Nach Zieler führt das Präparat auffallend selten im Vergleich zu anderen Hg-Präparaten zu beachtenswerten Nebenerscheinungen, so daß er nicht ansteht, es als das „bestverträgliche, lösliche Quecksilbersalz" zu erklären. Das Mittel wirkt nach Zieler wahrscheinlich nicht sehr dauerhaft, jedoch gut und kräftig, dabei zugleich milde, und wird daher von ihm in erster Linie als Einleitung energischer Kuren in Verbindung mit Merzinol- und Kalomelinjektionen und zur Verwendung bei schwächlichen Kranken und solchen mit empfindlichen inneren Organen empfohlen.

Es handelt sich bei diesem löslichen Hg-Salze, wie ich den Ausführungen Zielers entnehme, um eine Doppelverbindung von oxymerkurichlorphenoxylessigsaurem Natrium und Diäthylmalonylharnstoff. Es hat die Formel: $C_6H_3 \begin{cases} Cl \\ OCH_2 \\ Hg \end{cases} : \begin{matrix} COONa \\ C_7H_{11}O_3N_2 \end{matrix}$; sein Hg-Gehalt beträgt 33,9 Proz. Das Quecksilber ist im Novasurol komplex, also an Kohlenstoff gebunden, und wird im allgemeinen langsam abgespalten.

Hinsichtlich der weiteren Eigenschaften des Präparates sei auf die einleitenden Darlegungen Zielers verwiesen.

Das Mittel wird von den Farbwerken vorm. Fr. Bayer und Co.-Leverkusen, in Packungen zu 10 Ampullen à 2,2 ccm, nicht, wie Zieler schreibt, 2,3 ccm der 10%igen Lösung in den Handel gebracht. Eine besondere Technik erfordert die Injektion des Novasurols, welche intramuskulär geschieht, nicht; alles Wissenswerte darüber findet sich im übrigen in dem jeder Packung beigefügten Prospekt der das Präparat herstellenden Firma.

Was meine eigenen Erfahrungen anlangt, so erstrecken sich die-

Digitized by Google

selben auf nur 53 Fälle mit 567 Injektionen. Wenn ich es trotz dieser gegenüber dem Zielerschen Material verschwindend kleinen Zahlen unternehme, über das, was ich bei der Anwendung des Novasurols habe feststellen können, zu berichten, so veranlassen mich dazu in der Hauptsache zwei Gründe. Einmal werde ich in absehbarer Zeit nicht mehr in der Lage sein, mich weiter mit dem Präparat zu befassen, zum anderen decken sich meine Erfahrungen nicht in allen Punkten restlos mit denjenigen Zielers.

Über ausschließlich mit Novasurol behandelte Fälle verfüge ich nicht, sie haben vielmehr sämtlich zugleich Salvarsan, und zwar fast durchweg Neosalvarsan, erhalten. Dagegen wurde im Verlaufe der Kur außer Novasurol keinerlei Hg in irgend einer Form verabfolgt. Bei 30 Fällen wurde die Kur mit Novasurol eingeleitet. Diese Vorbehandlungsperiode erstreckte sich im allgemeinen über 6—10, in einigen Fällen über 11—17 Tage, und zwar wurden in der ersten Gruppe 3—4, in der zweiten 4—6 Injektionen gegeben. Fast durchgängig begann ich die Kur mit einer Volldosis, d. h. dem Gesamtinhalt einer Ampulle, es dürfte aber aus einem später noch zu erörternden Grunde zweckmäßig sein, bei der ersten Injektion nur die Hälfte der Ampulle, also 1,1 ccm, zu injizieren. Die weiteren Einspritzungen erfolgten dann, entsprechend den mir von den Farbwerken Bayer gegebenen Weisungen, jeden dritten Tag, und erst nach dem Erscheinen der Zielerschen Arbeit ging ich dazu über, zwischen zwei Injektionen nur einen Tag Pause einzuschieben. Nach Abschluß der Vorbehandlung und der nunmehr verabreichten ersten Salvarsaninjektion ließ ich alsdann immer auf zwei Novasurolspritzen eine Salvarsaninjektion folgen, so daß sich schließlich folgendes Behandlungsschema herausbildete: 1. Tag 1. Novasurolinjektion (1,1 ccm), 3. Tag 2. Novasurolinjekton (2,2 ccm), 5. Tag 3. Novasurolinjektion (2,2 ccm), 7. Tag Salvarsan Dose IV, evtl. Dose III, 9. Tag Novasurol, 11. Tag desgleichen, 13. Tag Salvarsan usf. während 6—7 Wochen.

Wenn ich jetzt zur Besprechung der Nebenwirkungen des Novasurols übergehe, so möchte ich dieselben aus Zweckmäßigkeitsgründen in derselben Reihenfolge erörtern, wie es Zieler getan hat.

Ebensowenig wie Zieler habe ich jemals Knotenbildung an den Injektionsstellen wahrnehmen können; das dürfte wohl, wie Zieler bemerkt, darauf zurückzuführen sein, daß Eiweiß durch Novasurol nicht gefällt wird. Dagegen kann ich dem nicht zustimmen, wenn Zieler schreibt, daß die Einspritzungen nur „bei verhältnismäßig wenigen Kranken" Schmerzen verursachten, und wenn er noch weitergehend am Schluß seines Aufsatzes erklärt, das Präparat bewirke „keine Schmerzen". Unsere Patienten wenigstens, und namentlich die weiblichen, klagten mit ver-

Digitized by Google

hältnismäßig wenig Ausnahmen über oft erhebliche Schmerzen in unmittelbarem Anschluß an die Injektion. Freilich dauerten die Beschwerden meist nur 1—2, gelegentlich auch mehrere Stunden an, und nur in vier Fällen (1 Mann, 3 Frauen) waren nach der Mehrzahl der Injektionen die Schmerzen so intensiv und langdauernd, daß die Patienten erklärten, kaum stehen und liegen zu können und noch am Tage danach nicht frei von Schmerzen waren. Dazu muß allerdings bemerkt werden, daß den Patienten, auch den Frauen, fast ausnahmslos der ganze Inhalt der Ampulle eingespritzt wurde.

Stomatitis trat in nennenswertem Maße nur zweimal in Erscheinung; in dem einen Falle mußte schließlich die weitere Hg-Zufuhr unterbleiben, der andere konnte dagegen mit Novasurol durchbehandelt werden, ohne daß die Schleimhautsymptome sich steigerten, und ebenso verhielt es sich mit den übrigen leichteren Stomatitiden. Nach dieser Richtung hin stimmen also unsere Erfahrungen durchaus mit denen Zielers überein.

Wesentlich günstiger wie Zieler stehen wir hinsichtlich der Störungen von seiten des Digestionstraktus da, indem wir von solchen, abgesehen von zwei Patienten, die nach insgesamt drei Injektionen je einmal erbrachen, völlig verschont geblieben sind. Vielleicht liegt das daran, daß ich niemals wie Zieler 14—15 Einspritzungen in 30 Tagen gegeben habe, sondern als Höchstmenge in nur zwei Fällen sechs Injektionen zu je 2,2 ccm in 16 bzw. 17 Tagen.

Über Kopfschmerzen klagten nur ganz wenige Patienten; über solche verbunden mit Schwindel- und Ohnmachtsgefühl nur einer von jenen vier oben erwähnten Fällen (eine Frau), bei denen die Injektionen mit so großer Schmerzhaftigkeit verknüpft waren.

Bei zwei Patientinnen wurden Exantheme beobachtet. Die eine hatte am 13. V. 17. 1,1, am 15. 2,2 und am 18. V. ebenfalls 2,2 ccm erhalten und auf jede Injektion mit Temperatursteigerung, auf die letzte gleichzeitig mit einmaligem Erbrechen reagiert. Am 20. stellte sich ein morbillöses Exanthem ein, das am 22. abgeklungen war und am 26. auf erneute Novasurolzufuhr rezidivierte, unter gleichzeitiger Erhöhung der Temperatur auf 39,4. Der zweite Fall bekam bereits im Anschluß an die erste Novasurolinjektion (2,2 ccm) ohne sonstige Störungen am Abend des gleichen Tages ein diffuses, scharlachähnliches Exanthem, das etwa $2^1/_2$ Tage später beseitigt war und nach weiteren zwei Tagen im Anschluß an die Injektion von 1,1 ccm des Präparates sich wieder einstellte, diesmal unter Temperaturerhöhung auf 37,9.

Beide Fälle konnten kurz darauf mit einem anderen Hg-Präparat (Inunktionen bzw. Arsenohygrol) weiter behandelt werden, ohne

Digitized by Google

daß sich wiederum ein Exanthem gezeigt hätte. Möglicherweise hätte im ersten Falle die Novasurolkur mit wesentlich kleineren Dosen durchgeführt werden können, ohne das Wiederauftreten eines Exanthems befürchten zu müssen; wenigstens berichtet Zieler, daß diese Exantheme durch eine vorsichtige Dosierung vollkommen vermieden werden könnten bis auf die anscheinend sehr seltenen Fälle stärkerer Idiosynkrasie gegenüber dem Novasurol, zu welcher Gruppe unser zweiter Fall zu gehören scheint. Sei dem aber wie ihm wolle, auf alle Fälle sind derartige Exantheme, wie man Zieler durchaus beipflichten muß, durchaus harmlose Dinge.

Während nun Zieler betont, daß er abgesehen von seinen Exanthemfällen stärkeres Fieber nicht bemerkt habe und daß das Fieber selbst nach den ersten Einspritzungen bei frischen Exanthemen eigentlich stets in sehr mäßigen Grenzen bleibe, verhält sich unser Material, in erster Linie wieder wie auch bei den sonstigen Störungen der weibliche Teil desselben, nach dieser Richtung doch etwas anders.

Ich habe bei 47 Patienten nach 500 Novasurolinjektionen (von fast durchweg 2,2 ccm) zweistündliche Messungen vornehmen lassen. Es konnte nun nach insgesamt 66 Einspritzungen eine Temperaturerhöhung auf 37,5 und darüber festgestellt werden. Zieht man davon die vorher erwähnten Temperatursteigerungen bei den beiden Exanthemfällen und ferner die bei einer mit einer frischen Adnexerkrankung behafteten Patientin zur Beobachtung gelangten, im ganzen 11, ab, so verbleiben immer noch 55 fieberhaft verlaufene Injektionen übrig, wofür bei sorgfältigster Prüfung der Verhältnisse, abgesehen von dem Fieber nach ersten Injektionen, schließlich nur das Novasurol verantwortlich gemacht werden kann.

Wie steht es zunächst mit der Fieberreaktion im Anschluß an die erste, einleitend gegebene Novasurolspritze? Verwertbar sind in dieser Beziehung 29 Fälle. Unter diesen fieberten nach der ersten Injektion 12, d. h. mehr als $^1/_3$, und zwar bewegte sich die Temperatur sechsmal zwischen 37,5—38,4 und betrug ebenfalls sechsmal 38,5 und mehr, nämlich 38,5, 39,0, 39,2, 39,5, 39,8 und 40,1. Am Tage darauf war die Temperatur stets wieder zur Norm zurückgekehrt. Das sind doch z. T. immerhin recht erhebliche Temperturanstiege, und wenn denselben im allgemeinen auch keine große Bedeutung beizulegen ist, so dürfte es doch ratsam sein, dieselben nach Möglichkeit zu vermeiden dadurch, daß man, wie ich eingangs bereits empfahl, die Kur prinzipiell mit 1,1 ccm einleitet. Völlig wird sich indes dieses Initialfieber auch trotz dieser Vorsicht nicht ausschalten lassen; denn wir haben gerade das höchste Fieber, das wir bisher beobachteten, nämlich 40,1, nach 1,1 Novasurol konstatieren können.

Digitized by Google

Mag man nun ein solches Fieber Spirochätenfieber oder sonstwie nennen, also anders ausgedrückt, mit gutem Recht als durch die Lues bedingt betrachten, so ist dies nicht mehr angängig für die nach weiteren Injektionen sich einstellenden Temperaturerhöhungen. Diese können nur auf das Mittel selbst zurückgeführt werden, vorausgesetzt, daß anderweitige Erkrankungen nicht vorhanden oder in der Entwicklung begriffen sind und daß das Mittel, wie z. B. das Novasurol, am Orte der Injektion keine Veränderungen (Infiltrate usw.) setzt. Wir verfügen unter unserem kleinen Material über 43 fieberhaft verlaufene zweite und folgende Novasurolinjektionen, und zwar schwankte die Höchsttemperatur 34mal zwischen 37,5—38,4 und betrug nicht weniger wie neunmal 38,5 und mehr.

Es bestehen mithin hinsichtlich des Fiebers nach Novasurol ziemlich erhebliche Differenzen zwischen ZIELERS Angaben und unseren Feststellungen. Eine Erklärung kann ich dafür nicht finden; immerhin wäre es denkbar, daß ZIELER nicht so regelmäßig und in so kurzen Intervallen hat messen lassen, und daß ihm infolgedessen das in einem Teil der Fälle oft nur kurz dauernde Fieber entgangen ist. Im übrigen sind auch diese Temperaturerhöhungen nach dem, was ich bisher gesehen habe, belanglos, und haben uns, von einem später noch zu erwähnenden Falle abgesehen, niemals davon abgehalten, die Behandlung in der gleichen Weise fortzuführen wie zuvor.

Wenn ich schließlich noch ausdrücklich hervorhebe, daß wir niemals eine Reizung der Nieren beobachtet haben, so ist das Kapitel von den Nebenwirkungen des Novasurols erschöpft, und es wäre nunmehr die Frage nach der Wirksamkeit des Präparates abzuhandeln.

Hier sei gleich vorweg nochmals betont, daß alle unsere Fälle kombiniert behandelt sind, und daß es deshalb unmöglich ist, ein Urteil über die Beeinflussung der klinischen Symptome durch das Mittel zu fällen. Und selbst die mit Novasurol vorbehandelten Patienten sind wegen der meist nur kurzen Dauer dieser Periode zu einer strikten Stellungnahme in dieser Frage nicht geeignet. Ich möchte daher nur erwähnen, daß mir in den wenigen, längere Zeit mit Novasurol behandelten Fällen die Rückbildung der äußeren Symptome nicht gerade schnell zu erfolgen schien und daß namentlich Plaques und Papeln der Mundschleimhaut der Einwirkung des Mittels widerstanden; ja bei einer Patientin waren ausgedehnte Plaques auf beiden Tonsillen nach drei Injektionen zu 2,2 ccm am achten Tage der Behandlung noch völlig unverändert.

Dem Verhalten der Spirochäten haben wir unsere ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Leider zeichneten sich nur verhältnis-

Digitized by Google

Nr.	Name	Alter	Geschlecht	Stadium der Lues	Wassermann L. E.	Wassermann F. E.
1.	Th.	?	w.	L. I	++	—
2.	K.	25	m.	„	++	
3.	Lem.	18	m.	„	++	
4.	S.	39	m.	„	++	
5.	K.	26	m.	L. I + II	++	
6.	H.	36	m.	„	++	
7.	Oe.	40	m.	„	++	
8.	Ka.	16	w.	„	++	
9.	H.	21	w.	L. II rezid.	++	
10.	Sch.	29	w.	„	++	
11.	Ke.	29	w.	„	++	
12.	Le.	22	w.	„	++	
13.	M.	20	w.	„	++	
14.	J.	23	w.	„	++	
15.	Kr.	22	m.	„	++	
16.	F.	30	w.	„	++	
17.	Z.	25	w.	„	++	
18.	Lauf.	22	w.	„	++	
19.	O.	46	m.	„	++	
20.	U.	33	m.	„	++	
21.	R.	32	m.	L. lat.	++	
22.	Kasp.	25	w.	„	++	
23.	Lang.	20	w.	„	++	—
24.	E.	20	w.	„	++	
25.	G.	24	w.	„	++	
26.	Kn.	36	m.	„	++	
27.	A.	20	w.	„	++	
28.	C.	23	w.	„	++	
29.	Pl.	35	m.	„	++	
30.	Ras.	44	m.	„	++	
31.	T.	38	m.	„	++	
32.	Schm.	43	m.	L. III	++	
33.	Dö.	43	w.	„	++	
34.	Da.	34	m.	L. cerebrospin.	++	
35.	Rä.	39	m.	„	++	
36.	W.	40	w.	Tab. dors.	++	
37.	Hu.	22	w.	L. cong. tard.	++	

mäßig wenige Fälle durch einen größeren Spirochätengehalt ihrer Efflo-reszenzen aus und waren daher zur Spirochätenkontrolle besonders geeignet. Zieler erwähnt bereits, unter gleichzeitiger Betonung der recht guten Wirkung des Präparates auf die Erscheinungen der Syphilis, daß in Primäraffekten Spirochäten nach 4—5 Injektionen gelegentlich noch vorhanden gewesen seien. Wir selbst haben in bereits trocken gewordenen, mittels des scharfen Löffels wieder eröffneten Papeln einmal vereinzelte Spirochäten noch am 14. Behandlungstage nach 5 Injektionen, und ziemlich reichlich solche in zwei weiteren Fällen nach 6 Injektionen am 16. bzw. 17. Tage der Behandlung nachweisen

Digitized by Google

Bisherige Behandlung	Behandlungsdauer	Art der Behandlung	Wassermann am Schluß der Kur I. E.	F. E.
unbehandelt	39	10 Novasurol + 1,7 Neosalv.		—
1 komb. Hg-Salvars.-Kur	36	10 „ + 1,9 „		—
unbehandelt	53	15 „ + 3.2 „		—
„	43	13 „ + 2.0 „	—	++
„	40	11 „ + 2.4 „	+	—
„	33	10 „ + 2.0 „	++	—
„	46	12 „ + 2,0 „	++	—
„	50	13 „ + 2.1 „	++	—
„	45	13 „ + 1.9 „		—
„	47	13 „ + 2,8 „		—
„	46	12 „ + 2,0 „		—
„	43	13 „ + 2,4 „	++	—
„	44	14 „ + 2.0 „	++	—
„	46	14 „ + 2.2 „	++	—
„	43	15 „ + 2,3 „	++	±
„	46	12 „ + 2,0 „	++	±
„	44	12 „ + 2.1 „	+	++
„	43	12 „ + 2.0 „		++
„	46	13 „ + 2,3 „		++
„	45	16 „ + 2,4 „		++
1 Inunkt.-Kur	45	14 „ + 2,7 „		—
unbehandelt	51	13 „ + { 0,7 Neosalv. 1,7 Salv.-Natr.		
1 Arsalytkur + Ugt. ciner.	41	8 „ + { 16,0 Ugt. cin. 2,3 Neosalv.	++	—
1 Arsalytkur	43	12 „ + 2.2 Neosalv.	++	—
unbehandelt	43	12 „ + 2,1 „	++	—
1 Inunkt.-Kur	46	12 „ + 2.3 „		++
1 komb. Kur	43	12 „ + 2,3 Salv.-Natr.		++
5 Kuren i. d. letzten 2 Jahren	45	8 „ + 2,5 „ „		++
unbehandelt	59	12 „ + 2,9 Neosalv.		++
3 Kuren (letzte kurz vorher)	33	8 „ + 1.9 „		++
3 Hg-Kuren	47	13 „ + 2,4 „		++
unbehandelt	43	13 „ + 2,0 „		++
„	44	11 „ + { 1,7 Neos. (intramusk.) Kal. jod.		++
„	46	12 „ + 2,7 Neosalv.	+	++
„	44	12 „ + 2.0 „		++
4 Hg-Kuren	46	12 „ + 2,9 „		++
unbehandelt	54	14 „ + 2,3 „		++

können. Diese Patienten noch weiter mit Novasurol allein bis zum definitiven Verschwinden der Spirochäten zu behandeln, konnte ich mich nicht entschließen. Immerhin wäre es nicht ohne Interesse, diesen Punkt vor allem an einem größeren Material noch weiter zu verfolgen. Ohne also auch hier ein generelles und definitives Urteil abgeben zu wollen, glaube ich doch trotz meiner geringen Erfahrungen schon heute sagen zu können, daß die Beeinflussung der Spirochäten durch das Novasurol nicht selten zu wünschen übrigläßt.

Trotz alledem scheint aber die Einwirkung des Novasurols auf die Lues im allgemeinen keine ganz unbedeutende zu sein;

Digitized by Google

denn, mochte nun die Vorbehandlung mit dem Mittel sich über eine kürzere oder längere Spanne Zeit erstreckt haben, und mochten vier und mehr oder auch nur drei Novasurolinjektionen gegeben worden sein, stets wurde die darauf folgende erste Salvarsaninjektion — gewöhnlich Dos. IV — ohne irgendwelche Reaktion vertragen, mit einer einzigen Ausnahme. Dieser Fall nimmt aber überhaupt eine Sonderstellung ein. Die sehr stattliche und wohlgenährte Patientin reagierte nämlich schon in der Vorbehandlungsperiode auf jede der drei Novasurolinjektionen mit Fieber zwischen 37,5—38,6 und Kopfschmerzen, und als ihr am neunten Tage bei völligem Wohlbefinden Neosalvarsan Dos. IV verabfolgt wurde, stieg die Temperatur auf über 39,0, um erst nach zwei Tagen wieder zur Norm zurückzukehren. Eine Ursache für die schlechte Verträglichkeit beider Medikamente, z. B. in Gestalt irgend einer anderweitigen Erkrankung, konnte bisher nicht ermittelt werden, so daß diese Erscheinungen zunächst doch wohl nur als rein toxische gedeutet werden können. Dies ist der oben erwähnte Fall, bei dem die Fortführung der Kur zunächst unterblieb[1]).

Ob es nun möglich wäre, das Initialfieber und sonstige Störungen bei der ersten Salvarsaninjektion selbst bei Verwendung einer größeren Dosis schon durch eine Vorbehandlung mit zwei oder gar nur einer Novasurolinjektion auszuschalten, haben wir leider nicht geprüft. Es wäre aber doch vielleicht ganz interessant, einmal die geringste Menge des Präparates zu ermitteln, die genügen würde, um einen reaktionslosen Verlauf der ersten Salvarsaninjektion zu gewährleisten.

Wie steht es endlich mit den serologischen Resultaten, die durch das Novasurol erreicht werden? Dieselben sind, soweit unser Krankenmaterial dazu verwendbar ist, in der nebenstehenden Tabelle zusammengestellt, zu der ich folgendes ergänzend bemerken möchte. Bei allen Patienten ist die Kur mit einer Salvarsaninjektion abgeschlossen und am gleichen Tage Blut zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion entnommen; infolgedessen ist naturgemäß diese letzte Salvarsaninjektion bei der in der Tabelle angegebenen, auf Altsalvarsan umgerechneten Gesamtdosis in Abzug gebracht. Der Wassermann selbst ist nach der Originalmethode mit zwei Extrakten angestellt, nämlich dem von Lesser-Berlin (L. E.) und einem zweiten, vom Frankfurter Institut f. experim. Pathol. und Therap. (F. E.) hergestellten Extrakt. Dabei bedeutet ++ komplette Hemmung, + starke Kuppe, ± kleine Kuppe bzw. fast komplette Hämolyse, — komplette Lösung.

[1]) Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen hat sich bei der Patientin eine doppelseitige gonorrhoische Adnexerkrankung entwickelt, so daß obige Störungen wohl dieser Komplikation zur Last fallen.

Digitized by Google

Das in der Tabelle niedergelegte Material ist natürlich zahlenmäßig viel zu klein, um mit Prozentsätzen zu operieren oder gar weitgehende Schlüsse daraus zu ziehen. Es ist aber auch nicht ohne weiteres angängig, unsere Wassermann-Resultate mit denen ZIELERS zu vergleichen; letzterer spricht nämlich lediglich davon, daß bei frischen, papulösen Exanthemen die Reaktion durchschnittlich nach 14—15 Einspritzungen mit Novasurol in 30 Tagen negativ geworden sei. In der Tabelle sind dagegen Luesfälle aller Stadien vertreten, darunter nur ganz vereinzelte, die etwa den obigen Fällen ZIELERS entsprechen; und dazu kommt, daß das gesamte Material ausnahmslos kombiniert mit Salvarsan behandelt ist. Immerhin erscheint mir die Behauptung nicht zu weitgehend, daß unsere Resultate gegenüber den auffallend günstigen Ergebnissen ZIELERS im allgemeinen nicht recht befriedigen. Daß es niemals gelungen ist, bei Lues congenita tarda, bei Lues III, in der Spätlatenz, kurzum bei weit zurückliegender Infektion (F. 29—37) den positiven Wassermann in die negative Phase zu überführen, ist ja schließlich nicht weiter verwunderlich. Wenn aber unter 8 Fällen im frühen Latenzstadium (F. 21—28), von denen 4 bereits eine und einer in den Jahren 14—16 fünf Kuren durchgemacht hatten, am Abschluß der Kur nur zwei nach Wassermann negativ reagierten, und wenn ferner bei 20 Fällen von Lues I, I + II und II rezidiv. (F. 1—20), welch letztere, soweit ein Urteil möglich, fast ohne Ausnahme als erste Rezidive angesprochen werden mußten, mithin der frühen Sekundärperiode angehörten, nur sechsmal nach einer ungefähr sechswöchigen Novasurol-Salvarsankur eine negative oder fast negative Serumreaktion festgestellt werden konnte, so ist es wohl erlaubt, von einem nicht gerade günstigen Effekt zu sprechen.

Zusammenfassend möchte ich über das Novasurol folgendes sagen:

Die Injektionen mit Novasurol erfordern keine besondere Technik.

Die ziemlich häufig nach der Injektion sich einstellenden Schmerzen halten sich ganz überwiegend in erträglichen Grenzen und sind fast immer von kurzer Dauer. Infiltrate entwickeln sich am Ort der Injektion nicht.

Das Präparat ist auch von sonstigen Nebenwirkungen (Fieber, Exanthem usw.) nicht ganz frei, doch scheinen dieselben durchweg bedeutungslos zu sein.

Ein sicheres Urteil über die Beeinflussung der klinischen Symptome steht mir nicht zu. Die Spirochäten verschwinden nicht selten nur langsam, und die Wassermannsche Reaktion scheint auch bei Kombination mit Salvarsan selbst in frischeren

Digitized by Google

Fällen nur verhältnismäßig selten nach ungefähr sechswöchiger Behandlung negativ zu werden.

Das Mittel ist in erster Linie, wie ich übereinstimmend mit ZIELER betonen möchte, geeignet zur Einleitung energischer und zur Durchführung von Zwischen- bzw. von milden Kuren bei schwächlichen Syphilitikern und solchen mit empfindlichen oder anderweitig erkrankten inneren Organen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 24, 1917, H. 6.

Zur Klinik bei Pseudoleukämie und bei Mycosis fungoides, von R. POLLAND-Prag. Mitteilung eines Falles, welcher zunächst das Bild einer Pityriasis rubra bot, im weiteren Verlaufe aber Hauttumoren, Drüsenschwellung, Haarausfall, Milztumor, Lymphozytose bekam. Anschließend nimmt der Verf. Gelegenheit, eine scharfe Trennung der beiden Krankheitsbegriffe, Mycosis fungoides und leukämische Hautveränderungen vorzunehmen.

Über das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen, insbesondere Blutveränderungen, bei Lichen ruber planus, von R. PONTOPPIDAN-Kopenhagen. Bei einem Teile der untersuchten Fälle zeigte sich eine gewisse Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Die Leukozytose beruht am häufigsten auf einer Vermehrung der Lymphozyten. Auch in Fällen, wo die Gesamtzahl der weißen Blutkörper normal ist, konnte eine Verschiebung der Prozentzahlen der einzelnen Zellformen gegen eine relative Lymphozytose nachgewiesen werden.

Pigmentveränderungen der Haut und Haare bei Alopezie infolge von Verletzungen des Zentralnervensystems, von RUDOLF GOLDMAN-Iglau. Die drei Fälle, welche der Verf. anführt, hatten Kopfverletzungen erlitten. Neben nervösen Störungen zeigte sich in zwei Fällen symetrischer Pigmentschwund, im dritten Falle ein Ergrauen der Kopfhaare.

1917, H. 8—9.

Über glyzerinfreie Schüttelmixturen: Cremor Zinci und Lac Zinci, von R. HERXHEIMER und E. NATHAN. Der Ersatz des Glyzerins geschieht durch Fettemulsionen.

Über die Verwendung der PONNDORFschen Tuberkulinbehandlung in der Dermatologie, von MUSCHTER-Hamburg. Tuberkulinbehandlung eignet sich zur Heilung von Tuberkuliden, kalten Abszessen, Fisteln, tuberkulösen Gummen, Drüsenprozessen, skrofulösen Haut- und Augenaffektionen. Weniger gute Resultate ergeben Skrofuloderma, Tuberculosis cutis und Lupus. Bei offner Tuberkulose der Lungen versagt die Behandlung. Die Technik bestand in der Anlegung von 3—4 cm langen, sich überkreuzenden Skarifikationen am Oberschenkel, in welche ein Tropfen „Alttuberkulin" eingerieben wurde.

Atrophia cutis maculosa unter dem Bilde einer Dermographia selecta persistens, von NORBERT SCIPAL-Innsbruck. Bei einem 20jährigen Patienten war im ersten Lebensjahre ein fleckiger Ausschlag aufgetreten, welcher bis zum sechsten Jahre sich stärker ausbreitete. Zurzeit bestehen am ganzen Körper linsen- bis zweihellerstückgroße Herde von blaßroter bis livider Farbe von papierdünner narbiger Beschaffenheit. Durch Reiben

Digitized by Google

werden die Herde sowie ihre Umgebung lebhaft gerötet, durch noch stärkere Reizung zur Quaddelbildung veranlaßt, die einige Stunden anhielt. Die gleiche Reaktion zeigen die Herde nach Heißluftbehandlung, frischen Bädern, Quarzlicht und Sinapismen.

Haarpinselbildung auf der sonst vollkommen haarlosen Kopfhaut eines kongenital syphilitischen Kindes, von Friebœs-Rostock. An der vorderen Hälfte des Kopfes fanden sich acht unregelmäßig verteilte Haarbüschel von 5—12 cm Länge, welche wie in die Haut implantierte kleine Pinsel aussahen.

Elefantiasis des Penis, von Max Hesse-Graz. Die Elefantiasis war das Resultat einer vernachlässigten Paraphimose bei einem Blennorrhoiker.

Ein Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer) mit sekundären Infiltrationen und Ulzerationsbildung, von Svend Lomholt-Kopenhagen. Klinische und histologische Untersuchung eines Falles.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis durch die kombinierte Neosalvarsan-Hg salicyl.-Kur, von H. E. Ruete-Marburg. Kombinierte Neosalvarsan-Hg-Injektionen werden gut vertragen. Dermatitis und Abszeßbildung kommen mitunter vor. In einem Falle trat auch anscheinend der Tod durch Herzschwäche ein. Die Menge des Neosalvarsans ist dabei nicht ausschlaggebend. Die beste Behandlung besteht in der Verabfolgung von 8 Neosalvarsan (0,6), 10—12 Hg-Salizylinjektionen (0,1). Bei Rezidiven ist die Kur zu wiederholen. Unter den Fällen wurden 6 klinische und 15 serologische Rezidive bei I. und II. Lues beobachtet. 15 Fälle waren bis zu 11 Monaten rezidivfrei. Fünf Reinfektionen kamen nach $^1/_4$—1 Jahr wieder zur Behandlung, einmal kam auch nach einer siebenten Neosalvarsaninjektion ein Pseudoprimäraffekt mit Spirochäten auf. Bei schnellem Auftreten des Wassermann-Rezidivs ist die Umstimmung sehr schwer.

Die Fokalreaktion nach der Tuberkulininjektion beim Lupus vulgaris, von Aage L. Fönss-Kopenhagen. Von 69 Fällen reagierten 52, 4 überhaupt nicht. Als normale Dosierung soll in der Weise vorgegangen werden, daß man von 1 dmg bis 5 dmg bis $2^1/_2$ mg bis 5 mg ansteigt. Bei polyregionärem Lupus reagieren selten alle Herde, in 23 Fällen nur fünfmal.

Zur Entstehungsweise der Warzen, von Carl Cronquist-Malmö. Warzen sind die Folge lokaler Irritation bei besonders zu dieser Bildung disponierten Individuen.

H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Beitrag zur Kriegschirurgie der Blase, von Carl Flechtenmacher-Innsbruck. W. kl. W., 1916, Nr. 27.) Bericht über drei Fälle. In allen konnte durch die Zystoskopie der Sitz des Geschosses in der Blase festgestellt und durch Sectio alta entfernt werden. H. Vörner-Leipzig.

Schußverletzungen der Harnblase, von Fritz Geiges-Freiburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 105, H. 3.) Der Verfasser resumiert: Blasenverletzungen stellen seltene Verletzungen dar. Man unterscheidet intra- und extraperitoneale Verletzungen. Intraperitoneale Verletzungen sind nur vereinzelt beschrieben. Die Prognose der extraperitonealen Verletzungen ist nicht besonders schlecht. Aus der Verlaufsrichtung des Schußkanals können wir keinen Schluß ziehen auf eine etwa vorhandene Blasenverletzung. Auch bei vorhandener Blasenverletzung können sichere Zeichen einer solchen zuerst fehlen oder überhaupt ganz ausbleiben. Ist ein extraperitonealer Blasenschuß festgestellt,

Digitized by Google

so ist zunächst abwartendes Verhalten am Platze. Von primären größeren Eingriffen, vor dem Dauerkatheter bei der Möglichkeit spontanen Urinierens ist zu warnen. Der Verlauf einer Blasenverletzung ist im wesentlichen davon abhängig: handelt es sich um einen Durchschuß oder um einen Steckschuß in oder neben der Blase, sind Nebenverletzungen von seiten des Beckens oder des Mastdarmes vorhanden. Die Urinphlegmone und der paravesikale Abszeß erfordern rasches Eingreifen. Die Ausbildung von Fisteln tritt selten ein, die Neigung zum spontanen Schluß ist in der Regel eine große, mit einer einzigen Ausnahme: der Blasen-Mastdarmfisteln. Diese erfordern operative Behandlung ebenso wie die Steckschüsse in der Blase und die diesem gleich zu wertenden um einen Sequester als Kern gebildeten Steine. W. Chrzelitzer-Posen.

Über chronische Zystitis, von G. Praetorius-Hannover. (M. Kl., 1916, Nr. 12.) Praetorius polemisiert energisch gegen die fast allgemein übliche Einteilung der Zystitisfälle in „akute" und „chronische" Zystitis. Seinem Erachten nach gibt es diagnostisch und therapeutisch nur eine Differenzierung zwischen „Zystitis mit" und „Zystitis ohne Komplikationen". Die einfache oder inkomplizierte Zystitis ist die isolierte Entzündung einer bis dahin anatomisch und physiologisch intakten Blase, und jede derartige Zystitis heilt in kurzer Zeit. Ohne die interne resp. expektative Therapie ganz zu verwerfen, ist Praetorius doch in diesen Fällen auch für frühzeitige, zweckmäßige Lokalbehandlung, bei der allerdings jede Verletzung oder Reizung (durch Überdehnung) vermieden werden muß. Unkomplizierte Zystitiden, die monatelange Behandlung erfordern, gibt es nach Praetorius nicht. Bei der komplizierten Zystitis heißt es vor allem die Ursache der Komplikation, welche die lange Dauer der Erkrankung veranlaßt, zu finden. Die hier in Betracht kommenden ätiologischen Momente teilt Praetorius in 3 Gruppen, deren jede Unterabteilungen hat. Es sind 1. Verletzungen, Tumoren und Fremdkörper der Blase (Steine). 2. Retentionen, hervorgerufen durch a) mechanische Abflußhindernisse, b) nervöse Erkrankungen, c) Erkrankungen der Blasenmuskulatur, d) Divertikel und 3. fortgeleitete Entzündungen. A. per kontinuitatem α) Niere-Ureter (Tuberkulose usw.), β) Harnröhre, Prostata, Vas deferens (Blennorrhoe, Tuberkulose usw.), γ) Fisteln. B. per contiguitatem (Oophoritis, Appendizitis oder sonstige Abszesse usw. in der Nähe der Blase.) In manchen Fällen überdauert die komplizierte Zystitis die Beseitigung des ätiologischen Momentes, wenn nämlich die Blasenwand oder das umgebende Bindegewebe bereits allzusehr von Bakterien und Infiltraten durchsetzt ist („Parazystitis"). Diese Zweiteilung gilt unbegrenzt nur beim Manne; bei der Frau gibt es infolge von Zirkulationsstörungen auch hartnäckige Formen chronischer Zystitis ohne Komplikationen. Sonst trifft das Schema auch fast restlos auf die Zystitis bei der Frau zu.

O. Lasch-Breslau.

Kolonbazillus-Infektion der Blase, von Robert T. Morris-New York. (New York m. J., 1. April 1916.) In vielen Fällen von Invasion der Blase mit dem Bacillus coli ist die Anwesenheit desselben ein ganz unerwarteter, das liegt wohl zum Teil daran, daß bis in die neuere Zeit eine systematische Untersuchung des Urins auf Kolonbazillen nicht üblich war. Eine kleine Abweichung von der sonst üblichen, bakteriologischen Technik ist zur Ermittlung derselben erforderlich. Was den Weg betrifft, auf welchem der Kolonbazillus in die Blase gelangt, so werden in vielen Fällen von Magendarmstörungen lebende Kolonbazillen in großer Menge durch die Nieren ausgeschieden und diese Keime können eine Bazillurie hartnäckigster Form so lange aufrechterhalten, bis die Magendarmstörung beseitigt ist. Bei Kindern speziell kann der Bacillus coli hartnäckige Zystitis mit Rückfällen bewirken und diese Kolizystitis zu allgemeinen Ernährungsstörungen, welche allen therapeutischen Allgemeinmitteln trotzen, führen. In anderen Fällen handelt es sich ohne Zweifel um eine direkt auf dem Wege der Harnröhre auf-

Digitized by Google

steigende Infektion, besonders bei Frauen mit Kolonbazillus-Invasion der Scheide, einem Zustande, der viel häufiger vorkommt, als manche Praktiker glauben, und eine gewöhnliche Ursache für Sterilität wegen der spermatozoenzerstörenden Wirkung des hochgradig saueren Scheidensekrets abgibt. Eine Anzahl von Fällen von Enuresis nocturna, die von Hypothyeroidismus allein abhängig gemacht wird, können als sekundäre Komplikation Kolonbazillus-Zystitis haben. In manchen Fällen von linearem Geschwür der Harnröhre bei jungen Frauen und in manchen von chronischer Entzündung der Prostata bei Männern findet man auch den Bacillus coli und es erhebt sich die Frage, ob es sich in solchen Fällen um eine terminale Infektion, welche primär durch irgend ein anderes Bakterium ermöglicht wurde, handelt oder ob der Bacillus coli der erste Missetäter ist und den Boden für andere Keime vorbereitet. In der Praxis beansprucht also der Bacillus coli nicht nur wegen der direkten Behandlung der von ihm verursachten Zystitis Beachtung, sondern auch wegen der entfernten Infektionsherde, ebenso wegen der Frage der Allergie und der Tatsachen verminderter Resistenz gegenüber dem Kolonbazillus, wie sie offenkundig bei verschiedenen Individuen zutage getreten ist.

M. Stern-München.

Pyelozystitis und metastasische Abszesse als Folge von Tonsillitis, von H. Brooker Mills-Philadelphia. (New York m. J., 15. April 1916.) Der von M. beobachtete Fall betraf einen 2 Jahre alten Knaben, der an Mandelentzündung, begleitet von hohem Fieber (39° C), erkrankte. 3 Tage später war dieselbe tatsächlich geheilt, aber das Kind war noch sehr unruhig, hatte keinen Appetit usw., nach weiteren 4 Tagen stieg die Temperatur wieder auf 39,5° C und blieb einige Tage auf dieser Höhe, bis sie wieder normal wurde, ein paar Tage so blieb, um dann wieder auf 39—40° C zu steigen. Obwohl diese Temperaturkurve ganz charakteristisch für Pyelozystitis ist, wurde die Krankheit von den verschiedenen Ärzten nicht erkannt, sondern auf Influenza, Typhus, Enteritis die Diagnose gestellt. Neben den Fiebererscheinungen waren leichte Schwellungen an der Innenseite des linken Fußes, am Metatarsophalangeal-Gelenk der rechten großen Zehe und an er Dorsafläche der linken Hand vorhanden; all diese Schwellungen entwickelten sich in der Folge zu Abszessen, welche geöffnet und drainiert werden mußten. Der Eiter aus diesen Abszessen zeigte eine Reinkultur von Staphylococcus albus, ebenso der bei wiederholten Urinuntersuchungen gefundene Eiter und auch die wegen Tonsillitis-Rezidive entfernten Tonsillen ergaben beinahe eine Reinkultur des Staphylococcus albus. Es kann daher für M. keinem Zweifel unterliegen, daß der ätiologische Faktor für die Nierenbeckenentzündung in der Mandelentzündung liegt und die metastatischen Abszesse Kompliktionen der Pyelozystitis waren und der Staphylococcus albus der gemeinsame Krankheitserreger war. M. hat in jüngster Zeit zwei ähnliche Fälle beobachtet, wovon bei dem einen Tonsillitis, bei dem anderen Otitis die Ursache für Pyelozystitis abgaben.

M. Stern-München.

Über die Behandlung der Blasenpapillome mit hochfrequenten elektrischen Strömen, von Einar Key. (Nord. med. Arkiv, 1915, H. 3.) Verfasser berichtet über 6 Fälle mit Blasenpapillomen, die er mit hochfrequenten Strömen mit einem Apparat von Loewenstein-Berlin behandelt hat. Er gibt die Technik genau an und rühmt die Erfolge. Diese Operation hat vor anderen endovesikalen Methoden den großen Vorteil, daß sie leicht auszuführen ist, und daß jeder, der gewohnt ist, zu zystoskopieren, diese Methode ohne Übung beherrscht. Die Geschwulst kann effektiver behandelt werden, als durch andere endovesikale Operationsmethoden und die Gefahr einer Blutung scheint gering zu sein.

W. Chrzelitzer-Posen.

Neue Methoden zur Behandlung der Blasenpapillome, von G. Praetorius-Hannover. (M. Kl., 1916, Nr. 24.) Aus der Differenz der Ansichten über die Natur der

Digitized by Google

Blasenpapillome, besonders ihre Gutartigkeit resp. Bösartigkeit resultiert auch für die Therapie immer noch eine Verschiedenheit des Vorgehens. Während einige Autoritäten (wie v. Frisch und Kümmell) immer noch für die blutige Operationsmethode mittels der Sectio alta sind, spricht sich die überwiegende Zahl der Verfasser für die unblutige, intravesikale Methode aus, indem sie dem blutigen Eingriff schuld geben an den häufigeren (d. h. im Verhältnis zu dem unblutigen Vorgehen) Rezidiven und der Tendenz zu enorm generalisiertem Wachstum neuer Tumoren. Praetorius präzisiert seinen Standpunkt in folgender Weise: Alle deutlich gestielten Papillome, bei denen zystoskopisch keine Infiltration der Umgebung nachweisbar ist, sind für die intravesikale Methode geeignet, während bei alten, zystoskopisch auch nur verdächtigen Tumoren die blutige Entfernung — dann allerdings, wenn irgend möglich, mit Resektion des entsprechenden Teiles der Blasenwand für geboten scheint. Von diesem Gesichtspunkte aus bringt er zwei neue Methoden in Vorschlag mit der Bitte um Nachprüfung, da er hofft, daß dieselben sich bewähren und zu einer weiteren Einschränkung der blutigen Operationsmethoden bei Blasenpapillomen führen werden. Die erste dieser Methoden ist die subkutane oder intravenöse Injektion von Mammin (Poehl). Der Erfolg dieser Injektion war in bezug auf die Blutungen ein fast verblüffender, während die Tumoren selbst in ihrem Wachstum wenig beeinflußt wurden; doch kann bei sistierender Blutung die endovesikale Behandlung leichter durchgeführt werden. Vier Krankengeschichten erläutern das Vorgehen und die Erfolge bei der Mamminbehandlung. Die zweite Methode besteht in der Nekrotisierung der Papillomzotten durch chemische Mittel. 1—2%ige Höllensteinlösungen bringen durch oberflächliche Verschorfungen zuweilen schwache Blutungen zum Stehen, ohne daß dadurch ein stärkeres Abstoßen der Zotten erreicht wird. Letzteres wäre wohl mit hochprozentigen Höllenstein- oder Resorzinlösungen zu bewirken, aber dann ungeheuer schmerzhaft und nicht ungefährlich. Dagegen hat sich dem Verfasser die 20%ige Kollargollösung, auf die durch eine zufällige Beobachtung seine Aufmerksamkeit gelenkt worden war, zu diesem Zwecke sehr ausgezeichnet bewährt. Nach Entleerung der Blase wurden 5,0 g einer 20%igen Kollargallösung injiziert, und das Verfahren am nächsten oder übernächsten Tage wiederholt. Bald nach der Injektion fanden sich im Urin Papillomzotten mit Kollargol imbibiert; auf diese Weise gelang es in einigen Fällen ziemlich schnell den ganzen Tumor zum Abstoßen zu bringen. Schädliche Nebenwirkungen — abgesehen von gelegentlich auftretender, leicht zu bekämpfender Zystitis — hat Verfasser nie gesehen. Unmittelbar nach der Injektion tritt bisweilen — ähnlich wie bei 1%igen Höllensteinlösungen — ein 1—2 Stunden lang anhaltender Tenesmus ein, der bei empfindlichen Patienten durch Morphium oder Alypin bekämpft werden kann. Praetorius sieht die Hauptbedeutung seiner beiden Methoden, besonders der Kollargol-Methode nicht darin, daß es bisweilen gelingt, den ganzen Tumor ohne den blutigen und nicht ungefährlichen Eingriff mittels der Sectio alta zu beseitigen, sondern in der Möglichkeit der Nekrotisierung der zu Blutungen neigenden Zotten, wodurch dann die Koagulationsmethode erleichtert wird. Er präzisiert seine Behandlungsmethoden in folgender Weise. Für Mammin: an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 1 Ampulle intravenös. Wiederholung nach Bedarf. Für Kollargol: je ca. 5,0 g einer 20%igen Lösung werden an 2 aufeinanderfolgenden Tagen (oder am 1. und 3. Tage) mittels dünnen Katheters in die gut entleerte und anästhesierte Blase injiziert. Patient soll die Lösung so lange als möglich in der Blase behalten. Während der Folgezeit Ausspülungen der nekrotischen Zotten, event. Verweilkatheter. Wiederholung der Behandlung, wenn nötig, nach etwa einer Woche. In schweren Fällen kann man Mammin und Kollargol kombinieren. Was die Nierenpapillome anlangt, deren sichere Diagnose immer erst nach Freilegung und Spaltung der Niere möglich sein wird, so glaubt Praetorius, daß man

Digitized by Google

sich mit der Entfernung der sicher als gutartig erkannten Tumoren wird begnügen und unter Erhaltung der Niere mit Kollargol weiter behandeln können.

O. Lasch-Breslau.

Behandlung der Blasen- und Harnröhren-Papillome, von Geza Greenberg-New York. (New York m. J., 16. Sept. 1916.) In den letzten fünf Jahren hat sich statt der früheren Methoden der Exzision oder Kauterisation (intravesikal oder nach hohem Blasenschnitt) die Fulguration der Blasenpapillome immer mehr eingebürgert. Wenn die Geschwulst sehr groß ist, ist der bipolare Strom wegen seiner stärker penetrierenden Wirkung vorzuziehen, während für kleinere Tumoren der monopolare genügen kann; es muß natürlich acht gegeben werden, die Blasenwand nicht zu verletzen. Die Wirkung des Arsonvalschen Stromes kann nicht so gut kontrolliert werden, wie jene des Oudinschen; letzterer ist für alle Harnröhren-Polypen und -Papillome genügend. Die Technik ist eine verschiedene, je nachdem der mono- oder bipolare Strom angewendet wird. In jedem Falle ist ein Katheter-Zystoskop anzuwenden; durch eines der Katheter-Kanäle wird ein Nr. 6 isolierter Kupferdraht durchgezogen, dessen Blasenende zu dem zu zerstörenden Tumor geht. Die Expositionszeit hängt vom Sitz und der Zahl der Zotten und der Empfindlichkeit der Geschwulst ab; die Behandlung sollte einmal innerhalb 10—14 Tagen stattfinden. Bei der Fulguration muß man immer versuchen, die Geschwulst an der Basis zu treffen; je weiter vom Blasen-Schließmuskel entfernt, um so leichter ist dieselbe zu zerstören. Wenn ein Papillom so liegt, daß es für die gewöhnliche zystoskopische Methode nicht erreichbar ist, so muß der obere Blasenschnitt gemacht und dann der Arsonvalsche Strom angewendet werden. Bei Behandlung der Harnröhren-Papillome muß man sehr vorsichtig bezüglich der Stärke des Stroms sein — wegen der großen Wahrscheinlichkeit der Strikturbildung; G. erlebte eine solche in der Fossa navicularis drei Wochen nach der Fulguration. Mag dieselbe mehr Heilerfolg haben als die offene (Operations-)Methode oder nicht, jedenfalls ist sie ebenso radikal wie diese und hat dabei den Vorteil, mehr konservativ zu sein, und bei Rezidiven kann sie beliebig oft ohne Schaden für des Patienten Leben wiederholt werden. Einige Urologen berichten über Blutungen, welche der Fulguration nachfolgen; G. hat keine irgendwie bedrohlichen Blutungen erlebt, verordnet übrigens Bettruhe, wenn solche vorkommen, und in allen Fällen, ob Blutung eintritt oder nicht, läßt er Cotarninum hydrochl., gemischt mit Fluidextrakt von Secale cornutum, 3—4mal täglich nehmen.

M. Stern-München.

Behandlung der Blasen-Tumoren, von J. T. Geraghty-Baltimore. (New York m. J., 28. Okt. 1916.) Die Auswahl für geeignete Behandlung von Blasengeschwülsten hängt von vielen Umständen, wie vor allem Natur derselben, Sitz, Ausdehnung, Zahl der Tumoren, Metastasen, Komplikationen ab. Nach den Erfahrungen, die G. in den letzten Jahren in seiner Klinik gemacht hat, sollten gut- und bösartige Papillome hauptsächlich mittels Fulguration behandelt werden; Exzision und Resektion nur dann in Betracht kommen, wo intravesikale Behandlung unmöglich oder sehr schwierig ist. Radium war eine wertvolle Beihilfe bei der Behandlung, speziell der bösartigen Papillome, und die besten Resultate wurden erzielt, wenn das Radium direkt gegen die Geschwulst gelegt wurde. Handelt es sich um ein papilläres Karzinom, so sollte die Resektion mittels einer Technik, welche die Gefahren der Überimpfung oder Rezidive auf ein Minimum reduziert, vorgenommen werden; Radium hat bei dieser Art Tumoren keine ermutigenden Resultate gegeben, um dessen Anwendung der Operation in Fällen, wo diese möglich ist, den Vorzug zu geben. Nach der Operation sollte bald und dann in regelmäßigen Zwischenräumen, wenigstens im ersten Jahre, die Zystoskopie vorgenommen werden, und wenn Rezidive festgestellt sind, können sie gelegentlich mit Erfolg mittels

Digitized by Google

Kombination von Fulguration und Radium behandelt werden. Zystektomie kommt nur in ganz wenigen, meist verzweifelten Fällen in Betracht. Leider muß auch G. konstatieren, daß ein großer Prozentsatz von Fällen — 69 von seinen 180 Fällen von Blasengeschwülsten — mit einer solchen Ausdehnung zur Behandlung sich stellen, daß an irgend eine eingreifendere Therapie nicht zu denken, sondern nur palliative Mittel anzuwenden sind. M. Stern-München.

Tumoren der Blase; ihre Pathologie und spezielle Berücksichtigung der Diagnose von Papillom und Karzinom, von Leo Buerger-New York. (New York m. J., 28. Oktober 1916.) B. gruppiert die verschiedenen Arten von Blasen-Papillomen und -Karzinomen folgendermaßen: 1. einfache, 2. infiltrierte Papillome, 3. Papillome mit beginnender krebsiger Veränderung, 4. primäres papilläres Karzinom und 5. primäres squamöses Zellkarzinom, letztere beiden wieder mit verschiedenen Unterabteilungen, je nach dem vorherrschenden mikroskopischen Bilde. Aus dem Studium von insgesamt 113 Fällen, wovon 55 Papillome, 45 papilläre Karzinome, 5 squamöse Karzinome, 2 metastatische Karzinome und 6 Sarkome waren, ergab sich für B. der zweifellose Schluß, daß in fast allen Fällen auf rein pathologisch-histologischer Basis eine Differentialdiagnose zwischen Papillom und Karzinom gemacht werden kann. Gewisse morphologische Kriterien, die als charakteristisch für jede bösartige Neubildung gelten, wurden in Teilen der Geschwülste, soweit sie durch zystoskopische Instrumente erreichbar waren, und soweit entsprechende Stücke zur histologischen Untersuchung entfernt werden konnten, gefunden und sind als feststehend für das Vorhandensein bösartiger Veränderungen in einer Geschwulst anzusehen. Diese Veränderungen sind nicht, wie bisher angenommen wurde, in den tiefen Geschwulstschichten, wo sie unseren diagnostischen Methoden schwer zugängig wären, sondern zuerst im Epithel, nicht weit von der Oberfläche, mit oder ohne Infiltrationsherde, vorhanden. Dieselben bestehen aus Zellen, die unregelmäßig an Form und Größe, Kernen, die reich an Chromatin, Zellen mit atypischen Mitosen, Riesen- und vielkernigen Zellen. Deutliche Zeichen karzinomatöser Veränderung sind auch zu finden in einem gestörten Verhältnis der Zellen zueinander, einem Verlust der typischen Pallisaden-Anordnung der Zellen, in der Anwesenheit langer fusiformer oder komprimierter Zelltypen, von Zellen in den Kapillaren und schließlich in dem Vorkommen von Epitelzellen in der Submukosa oder Muskelschichten der Blasenwände. Die histologische sowie die klinische Beobachtung hat Verfasser die völlige Bestätigung geliefert, daß eine Umwandlung von Papillom in Karzinom sicher vorkommen kann, ja daß diese Umwandlung sogar sehr häufig ist und in wenigstens 13 (ca. 25%) von 52 Karzinomfällen bewiesen werden konnte. Kurz eine glaubwürdige, sichere Diagnose und die Möglichkeit, zwischen Karzinom und Papillom zu unterscheiden, hängt von der Gelegenheit ab, Untersuchungsmaterial zu erhalten und von der Geschicklichkeit, die obigen, für die Bösartigkeit charakteristischen Merkmale zu erkennen. M. Stern-München.

Verschiedenes.

Dr. Ernst Nathan hat sich in Frankfurt a. M. für Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

Prof. Hugo Lohnstein in Berlin, Mitbegründer der Zeitschrift für Urologie, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. März 1918 | Nr. 9 | Band 66

Untersuchungen über Sitz der genitalen Geschwüre beim Manne.

Von

Dr. Hugo Hecht in Prag.

(Mit 4 Abbildungen.)

I.

In einem großen Zentralspital für geschlechtskranke Soldaten tätig, war es mir aufgefallen, daß einige der Kranken im Laufe von zwei Jahren zwei- bis dreimal mit Geschwüren in Behandlung kamen, die stets den gleichen Sitz hatten wie die ersten. Da nun einmal meine Aufmerksamkeit auf diese gewiß nicht allzu seltene Erscheinung gelenkt war, widmete ich der Lokalisation von Geschwüren erhöhte Aufmerksamkeit. Es stellte sich bald heraus, daß die gewöhnliche Art, den Sitz zu beschreiben, oder eine Zeichnung unmöglich eine gute Übersicht gewähren konnten. Nach mancherlei Versuchen gelangte ich zu folgender Methode:

Man denkt sich durch das Glied eine Ebene gelegt, die gerade in der Vertikalen des Körpers gehend die Harnröhre trifft und das Glied in zwei gleiche Hälften teilt. Senkrecht zu dieser Ebene geht eine zweite und noch zwei weitere senkrecht aufeinander stehende, die zu der ersten um 45° verschoben sind. Dadurch zerfällt das Glied der Länge nach in acht Streifen, die sich nach der Eichelspitze zu verjüngen und an der Harnröhrenmündung zusammentreffen; die Streifen bezeichne ich oben links neben der Mittellinie mit 1 beginnend und im Sinne des Uhrzeigers weitergehend fortlaufend bis 8.

Dann denkt man sich noch das Glied der Quere nach geteilt. Die Eichel gerade in der Mitte, so daß diese Ebene senkrecht zu den früheren steht; so erhält man die Flächen I und II. Das Innenblatt der Vorhaut ist III, das Außenblatt IV; der Gliedschaft wird nun von Zentimeter zu Zentimeter fortlaufend bezeichnet (V, VI eventuell VII, VIII usw.). Die Eichelrinne wird mit S (Sulkus) bezeichnet, das Bändchen mit F (Frenulum), die Umschlagstelle der Vorhaut mit M (Margo). Bei Geschwüren der Eichelrinne empfiehlt es sich, wenn sie auf die Eichel, das Innenblatt oder Bändchen übergreifen, das in Form eines Index zu dem Buchstaben S näher zu bezeichnen (S. gl., S. i., S. f.).

Digitized by Google

Auf diese Weise zerlegt man sich in übersichtlicher Art die Oberfläche des Gliedes in lauter etwa 1 ccm große Teile, wenn man von der Eichelspitze absieht, wo die Teile kleiner sind. Dadurch wird die Lagebestimmung leicht und einfach. Nach kurzer Zeit hat man sich das System angewöhnt, so daß die Bestimmung fast augenblicklich erfolgen kann. Daß es für die Verzeichnung in der Krankengeschichte kürzer ist, I 4 hinzuschreiben statt wie früher genau anzugeben „an der Unterseite der Eichel links neben der Mittellinie in der Nähe der Harnröhrenmündung" ist offensichtlich. Statt zu schreiben: „etwa 1 cm rechts von der Mittellinie zieht sich ein Geschwür vom Innenblatt über die Rinne zur Eichel" heißt es nach unserer Einteilung Si—S—Sgl 7. Wollte man V 1—2 bis VI 1—2 genau beschreiben, dann hieße es etwa: „links von der Mittellinie an der Gliedwurzel ungefähr 2 cm lang und ebenso breit".

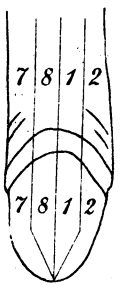


Fig. 1.

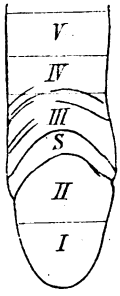


Fig. 2.

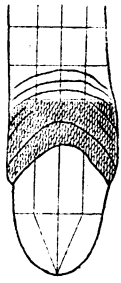


Fig. 3.

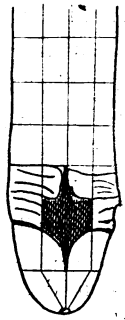


Fig. 4.

Nur dieses System ermöglichte es mir, Hunderte von Geschwüren genau zu verzeichnen und übersichtlich zusammenzustellen. Den einen Teil meines Materials sammelte ich in Prag (159), den anderen (235) in einem Feldspital, das die Geschlechtskranken mehrerer Divisionen zum Abschub aufnahm. Die Ergebnisse dieser beiden Gruppen ließen untereinander keine wesentlichen Unterschiede erkennen.

An 215 Kranken stellte ich 277 **Primäraffekte** fest. Davon entfielen 115 auf die Eichelrinne. Besonders gehäuft traten die Geschwüre in den beiden Feldern 8 und 1 (44mal), also oben in der Mitte und zu beiden Seiten des Bändchens (27mal) auf. Daran schließen sich die Felder 7, 2 und 6.

Am Innenblatt saßen 54 Geschwüre, besonders häufig in den Feldern 7, 2, 8, 1. Faßt man diese Felder zusammen, dann sieht man, daß mehr als $^2/_3$ aller am Innenblatt beobachteten Geschwüre (38) an der oberen Hälfte sitzen.

An der Umschlagstelle der Vorhaut waren 14 Geschwüre, davon 11

Digitized by Google

im oberen Anteil (Felder 7—2). Gerade am Bändchen saßen 26 Geschwüre.

Auf die vier soeben beschriebenen Vorzugsstellen — Rinne, Innenblatt, Bändchen und Umschlagstelle — entfallen 209 Geschwüre, also gerade $^3/_4$ aller. In den Feldern 7—2 und 4, 5 nebst dem dazwischen liegenden Bändchen finden sich 196 Geschwüre, demnach ebenfalls fast $^3/_4$ der Geschwüre.

In 13 Fällen von Phimose ließ sich keine genaue Bestimmung des Sitzes durchführen. Als besondere Lokalisationen fand sich einmal die rechte Tonsille, einmal Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, viermal die Harnröhrenmündung und fünfmal die Harnröhre als Sitz des Primäraffektes.

Ähnliche Untersuchungen wurden schon veröffentlicht. Besonders erwähnenswert ist die aus der Neumannschen Klinik — angeführt nach dem Handbuch der Geschlechtskrankheiten —, in der die Sklerosen (1204) einer Beobachtungszeit von 10 Jahren bezüglich ihres Sitzes zusammengestellt sind. Es ergab sich:

Lamin. int. praep.	309	Lamin. int. et fren.	22
Sulc. coron.	226	Scrotum	14
Margo praep.	97	Sulc. cor. et fren.	13
Sulc. cor. et lam. int.	90	Glans et fren.	13
Frenulum	78	Glans et orif. urethr.	11
Lam. ext. praep.	71	Raphe penis	10
Cutis penis	62	Sulc. coron. et marg. praep.	6
Glans	53	Margo praep. et glans	5
Urethra	47	Orif. urethr. et fren.	3
Sulc. coron. et glans	35	Mons ven. et scrot.	3
Lamin. int. et glans	34	Mons ven. et glans	2

Freeland faßt die Erfahrungen mehrerer Autoren dahin zusammen, daß der Primäraffekt in 73% aller Fälle auf der Vorhaut oder der Furche sitzt. C. Alexander fand in 72% seiner Fälle denselben Sitz.

Fournier fand unter 434 Fällen:

Eichel und Präput.	314
Haut des Membrum	60
Harnröhrenmündung	32
Intraurethraler Schanker	17
Skrotum	7
Penoskrotalfurche	4

179 Kranke hatten 299 **weiche Schanker.** Es wäre nicht schwer gewesen, mehr Fälle zu verzeichnen; doch geschah dies nur bei ganz frischen Fällen, wo sich das erste Geschwür genau bestimmen ließ.

Digitized by Google

98 Geschwüre saßen in der Rinne, besonders häufig neben dem Bändchen (32). Daran reihten sich an Häufigkeit Feld 7 (12 Fälle), 8 (12 Fälle), 2 (10 Fälle). Bei weichen Geschwüren war die obere Hälfte der Rinne nicht so überaus häufig befallen wie bei den Primäraffekten; in der unteren Hälfte fanden sich hier 51, in der oberen 47 Geschwüre.

Am Innenblatt kamen 62 Geschwüre vor, am häufigsten im Feld 1 (13mal). Aber im allgemeinen sind hier die einzelnen Felder nicht so verschieden. Auch am Innenblatt eher ein Überwiegen der unteren Hälfte (33) gegenüber der oberen.

Die Umschlagstelle war 45mal Sitz von Geschwüren, davon 27 im oberen und 18 im unteren Anteil. Am Bändchen saßen 37 Geschwüre.

Nimmt man die in der Rinne, am Innenblatt, Bändchen und Umschlagstelle beobachteten Geschwüre zusammen, so hat man schon 292 = 80 % der Gesamtzahl. In den Feldern 7—2 und 4, 5 nebst Bändchen befinden sich 228 = 76 %.

Neunmal fand sich Phimose, die eine nähere Bestimmung des Sitzes unmöglich machte. Einmal saß ein Geschwür innen an der Schleimhaut der linken Harnröhrenlippe, einmal um die Harnröhrenmündung.

Auch über den Sitz des Ulcus molle bestehen ausgedehnte Untersuchungen, die Tomasczewski im Handbuch der Geschlechtskrankheiten anführt. Nach A. Chatin kamen auf 3956 weiche Schanker am Gliede 99 solche an anderen Stellen, also auf 40 Geschwüre ein extragenitales. Das scheint jetzt besser geworden zu sein (Reinlichkeit, baldige ärztliche Hilfe). O. v. Petersen hat 7489 Fälle nach ihrem Sitz zusammengestellt und fand:

Lamin. int. praep.	3111
Sulcus retrogland.	1675
Frenulum	1215
Pars pendula	473
Corona praeputii	413
Lam. ext. praep.	355
Orif. urethr.	128
Fossa navic. urethr.	57
Scrotum	38
Regio pubis	24

Die Übereinstimmung zwischen weichem und hartem Schanker in bezug auf ihren Sitz ist so groß, daß man beide Gruppen zusammenfassen und einheitlich betrachten kann: Von 576 Geschwüren entfielen 213 auf die Eichelrinne, 116 auf das Innenblatt, 59 auf die Umschlagstelle und 63 auf das Bändchen. Demnach kommen 78 % aller Ge-

Digitized by Google

schwüre an den 4 genannten Stellen vor. In den Feldern 7—2, 4—5 und den Bändchen findet man 73% der Summe vor. Faßt man nun die Zahl der an den 4 Hauptstellen in den Feldern 7—2 und 4—5 beobachteten Geschwüre zusammen (375 = 65%), so ergibt sich die Tatsache, daß auf etwa $^1/_8$ der Gesamtoberfläche des Gliedes $^2/_3$ aller Geschwüre ihren Sitz haben. Die beigefügten Skizzen zeigen dies deutlich.

Die Ursache dafür ist wohl im anatomischen Bau des Gliedes und im Mechanismus des Verkehrs zu sehen. Die Haut der Eichelrinne ist bedeutend zarter als die der Eichel, da sie nicht so oft von der Vorhaut entblößt wird. Auch hält sich dort das Smegma, besonders in den Nischen neben dem Bändchen (Tysonsche Drüsen), viel länger; man sieht hier häufig, besonders bei Soldaten, die wenig Gelegenheit zur Körperpflege haben, dicke Auflagerungen, nach deren Entfernung die Haut leicht blutet. Nicht ganz so zart, auch meist nicht so mazeriert ist die Haut des Innenblattes. Dagegen ist das Bändchen und die Umschlagstelle der Vorhaut beim Verkehr den Traumen am meisten ausgesetzt. Schon beim einfachen Rücklagern der Vorhaut sieht man oft am Bändchen eine leichte Blutung entstehen; wie viel mehr bietet sich beim Verkehr Gelegenheit dazu. Die Umschlagstelle ist bei schlaffem Glied entspannt und gefaltet. Bei der Erektion wird gerade die häufig etwas enge Umschlagstelle gedehnt, und es ist leicht erklärlich, daß es unschwer zu Einrissen kommt, die alle in der Längsrichtung verlaufen. Diese Rißform tragen auch die weichen Geschwüre an dieser Stelle häufig.

Die Primäraffekte sind an der oberen Hälfte häufiger zu finden (145 = 52%) als an der Unterseite (103 = 37%). Weiche Schanker befallen die Unterseite öfter (153 = 51%) als die obere Hälfte (128 = 43%). Eine befriedigende Erklärung dafür zu finden, ist nach unserem heutigen Wissen schwer. Vielleicht hängt dies von den biologischen Eigenschaften der Erreger ab. Daß die stärkere Mazeration der Frenularnischen für die Haftung der Ulcus molle-Erreger einen günstigen Boden bereitet, dürfte wahrscheinlich sein. Möglicherweise spielt auch die Lokalisation der Geschwüre beim Weib eine wichtige Rolle; so verzeichnet die Statistik von Debauge als Sitz weicher Geschwüre beim Weibe in mehr als einem Dritteil der Fälle die untere Kommissur und die Fossa navicularis. Auch die Perineal- und Analgegend ist häufig befallen. Die Primäraffekte sitzen dagegen (nach Fournier) am häufigsten an den großen Labien. Doch dürften als Ansteckungsquelle weit häufiger Papeln am Genitale dienen als Primäraffekte. Es scheint mir wahrscheinlich, daß der Ulcus molle-Erreger leichter an bloß mazerierter Haut haftet als die Spirochäte, die zum Eindringen tiefere Hautverletzungen braucht.

Digitized by Google

II.

Der anatomische Bau der Vorhaut und der Mechanismus des Verkehrs sind bei der Bildung leichter Verletzungen von Bedeutung, also auch bezüglich der Zahl der Ansteckungen. Nichts liegt näher, als der Versuch, dies durch einen Vergleich der Infektionsverhältnisse zwischen Beschnittenen und Unbeschnittenen zu begründen. Solcher Zusammenstellungen gibt es nicht wenige; es wurden zeitweilig große Debatten über diesen Gegenstand veranstaltet, da es viele gab, die durch eine Verallgemeinerung der Beschneidung eine Verminderung der Geschlechtskrankheiten erhofften. Andererseits wurde dies heftig angefochten. Eine kurze Übersicht zeigt diese Gegensätze deutlich.

Lewin äußert Bedenken gegen die Zirkumzision. Er widerlegt die Behauptung, daß bei rituell Beschnittenen die Syphilis weniger leicht Eingang finde. Dagegen spreche vieles dafür, daß die Vorhaut für die Funktionen des Gliedes eine wichtige und wertvolle Einrichtung bedeute. Durch ihren Verlust komme es zur Vertrocknung und stärkeren Brüchigkeit der mit der Luft in Berührung gesetzten Haut der Glans und des Sulkus. Außerdem sei die Vorhaut für eine Infektion besonders wenig geeignet; Geschwüre können nicht tief eindringen. Von 1000 Geschwüren unter 90000 Untersuchten saßen 50% am Präputium, 19% an der Glans, 15% am Frenulum, 9% am Orificium, 1% am Skrotum und 1,2% an anderen Stellen. Saalfeld dagegen bezeichnet die Vorhaut als Locus minoris resistentiae. Fels hält die Vorteile der Zirkumzision für unbedeutend, deren Gefahren für viel größer. Gruber führt aus, daß durch Bildung von Hautbrücken und Taschen infolge schlechter Beschneidung die Zahl der geschlechtlichen Erkrankungen erhöht werden könne. Auch Wethwill hält die prophylaktische Beschneidung für unzulässig, da die Vorhaut „einen wichtigen Teil des menschlichen Organismus" bildet und die Operation nicht ganz ungefährlich ist. Gegenteiliger Ansicht sind Blizzard und Curbuy, die in der Vorhaut ein unnützes, ja gefährliches Anhängsel sehen und am liebsten die Beschneidung allgemein einführen möchten.

Eingehende Untersuchungen über diesen Gegenstand hat Pawlow angestellt. Er untersuchte 7065 Unbeschnittene (Christen) und 412 Beschnittene (Juden und Mohammedaner). Er fand bei

	Unbeschnittenen	Beschnittenen
Nichtvenerische Erkrankungen der Geschlechtsteile	1108	21
Gonorrhoe und deren Komplikationen	3289	299
Harten und weichen Schanker	1773	70
Syphilis mit unbestimmter Lage des Primäraffektes	895	22

Digitized by Google

Seine Erfahrungen betreffs geringerer Erkrankung der Juden an nichtvenerischen Erkrankungen im Vergleich zu den Christen sind im Einklang mit denen von Hutchinson und dann von H. Breitenstein, die sich auf Syphilis unter den eingeborenen Mohammedanern und den Europäern in der ostindischen Armee beziehen. Er meint, die Beschneidung wirke nicht an und für sich als prophylaktische Maßnahme gegen venerische Erkrankungen; die geringere Zahl von venerischen Erkrankungen bei Beschnittenen ergebe sich aus dem Fehlen der Phimose. Die große Narbe und Trockenheit der Haut bei Beschnittenen führe leichter Verletzungen herbei. Man sollte also die rituelle Beschneidung nicht als obligatorische Maßregel zum Schutze vor Geschlechtskrankheiten empfehlen. Besser wäre schon Erziehung zur Reinlichkeit.

Wolbarst fiel es auf, daß in Spitälern, wo fast nur Juden behandelt werden, so wenig örtliche Geschwüre bei venerischen Erkrankungen auftraten. Bei einem Vergleiche zeigte sich, daß 400 Beschnittene in 78 % Gonorrhoe und 22 % Syphilis und Schanker hatten. 400 Nichtbeschnittene zeigten in 59 % Gonorrhoe und 41 % Syphilis und Schanker. Er hält deshalb den prophylaktischen Einfluß der Beschneidung gegen Schanker und Syphilis für sicher. Ähnliche Beobachtungen machten Hutchinson, Duncan Bulkley, F. Bierhoff, Ch. H. Chetwood, Hugh Cabt, B. C. Corbus, B. Erdmann.

H. Loeb sah bei 785 (= 39,1 %) von 2000 Unbeschnittenen Ulcus molle, Sklerosen und Syphilis; diese Erkrankungen hatten von 468 Beschnittenen 71 (= 15 %). Er glaubt, daß durch die Beschneidung die Häufigkeit der Syphilis um 50 % vermindert werden könnte. Auch Ricketts, Blokusewski u. a. sehen in der Beschneidung eine hervorragende prophylaktische Maßnahme gegen die Geschlechtskrankheiten.

Meine eigenen Untersuchungen umfassen kein großes Material. Ich machte drei Gruppen:

I. Unbeschnittene (582);
II. Männer mit sehr kurzer Vorhaut, die die Eichel zum Teil freiläßt, mit Hypospadie, nach Phimosenoperation u. dgl. (79);
III. Beschnittene (59).

Ich fand in Gruppe	I	II	III
Gonorrhoe	308 (53 %)	45 (56 %)	44 (74 %)
Syphilis	207 (35 %)	29 (36 %)	13 (22 %)
Ulcus molle . . .	67 (12 %)	5 (8 %)	2 (4 %)

Es zeigt sich also auch hier, daß der Wegfall des Präputiums die Zahl der Ansteckung mit Geschwüren vermindert. Von Reinlichkeit kann bei allen Gruppen nicht viel die Rede sein, da es sich um Soldaten des Mannschaftsstandes handelt, die im Laufe mehrerer Monate im Feldspital zur Aufnahme gelangten; allerdings muß betont werden, daß ein

Digitized by Google

großer Teil der Ansteckungen aus dem Hinterlande (Urlaub) stammt. Leider konnte eine genaue Einteilung dieser Gruppen bezüglich Lokalisation der Geschwüre nicht vorgenommen werden, da die Zahlen zu gering sind. Doch hat PAWLOW eine solche Zusammenstellung gemacht, aus der hervorgeht, daß die Beschneidung die Eichel und das Orificium nicht schützt. Trotz Entfernung der Vorhaut ist die Eichelrinne sowie die nach der Beschneidung verbleibende Narbe der empfänglichste Ort für die Infektion. Bei Unbeschnittenen 1549 Fälle = 87,3 %, bei Beschnittenen 27 = 38,5 %. Dagegen steigt bei letzteren die Zahl der Geschwüre am Gliedschaft (25 = 35,7 %) gegen 69 = 3,8 % bei den Unbeschnittenen. Als Ursache führt PAWLOW die Trockenheit der Haut bei Beschnittenen, die Neigung zu Sprüngen und Rissen und die größere Dauer des Aktes infolge verminderter Empfänglichkeit nach Entfernung der Vorhaut an.

Tatsache ist es aber, daß die absolute Zahl der Geschwüre, besonders der weichen Schanker, durch die Beschneidung vermindert wird; das zeigt auch die Statistik von PAWLOW. Ob man daraus den Schluß ziehen will, die Beschneidung allgemein als Prophylaktikum einzuführen, ist vielleicht mehr Gefühlssache. Amerikanische Autoren z. B. haben das ohne weiteres getan.

III.

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchungen scheinen mir in verschiedener Richtung von Wert zu sein.

Zunächst wird festgestellt, daß $^3/_4$ aller Geschwüre an der Eichelrinne, der Vorhaut (Innenblatt und Umschlagstelle) und dem Bändchen vorkommen. Es wäre also besonders auf die Unversehrtheit dieser Teile zu achten. Die Reinigung dieser Stellen nach einem verdächtigen Verkehr müßte sehr sorgsam vorgenommen und schützende Salben gerade hier ausgiebig angewendet werden. Leuten, die immer wieder an den erwähnten Stellen Einrisse und Wunden zeigen, sollte eine chirurgische Beseitigung der leicht verletzbaren Teile empfohlen werden. Und es wäre zu erwägen, ob nicht mit Hinblick auf die ungeheuere Steigerung der Geschlechtskrankheiten in und nach dem Kriege die Ärzte die Beseitigung der Vorhaut und des Bändchens allgemein empfehlen sollten. Damit würden die Hauptsitze der Geschwüre beseitigt und die Eichelrinne der mazerierenden Vorhaut entblößt werden.

Es läßt sich nachweisen, daß das Fehlen der Vorhaut die Zahl der Geschwüre vermindert. Dies gilt besonders und in auffälligem Maße vom Ulcus molle; aber auch Syphilis ist weniger häufig. Darin stimmen meine Untersuchungen mit der Mehrzahl der früheren überein.

Digitized by Google

Literatur.

Alexander, C., Die hygienische Bedeutung der Beschneidung. Breslau 1902. — Bierhoff, New York m. J., 1912, S. 1037. — Blokusewski, Monatsber. f. Urologie, 1904, H. 11. — Breitenstein, Derm. Zbl., Bd. 6, H. 2. — Debauge, zit. Handbuch d. Geschlechtskrankh., Bd. 2, S. 649. — Fels, Prz. Lekarski, 1906. — Gruber, W. m. Presse, 1892, S. 377. — Lewin, Charité-Annalen, 1876, Bd. 1. — Lewin, Verhandlungen der Berl. derm. Ges., 1892, 2/3. — Loeb, H., Monatsschr. f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, 1916. — Münz, M. m. W., 1896, S. 264. — Pawlow, Derm. W., 1912, Bd. 54. — Rickets, Cinn. Lancet Clinic., 1888. — Wethwill, Univ. Med. Mag. Philadelphia, 1892. 10. — Wolbarst, A. L., J. Am. m. Assoc., 1914. Bd. 62, S. 92.

Aus der Praxis.

Erfahrungen mit der Granugenpasta.

Von

Dr. Paul Jacob in Charlottenburg.

Von einer Anzahl Autoren wurde übereinstimmend berichtet, daß das Granugenol, auf Wunden gebracht, deren Granulationsgewebe zu verstärktem Wachstum anzuregen vermag, ferner daß diese Eigenschaft auch bei Ulcera cruris verschiedener Art und verschiedener Grade erprobt wurde. Nachdem ich zunächst mit dem flüssigen Granugenol bei der Behandlung der Ulzera diese Erfahrungen bestätigen konnte, wandte ich im letzten Jahre die Granugenpasta lieber an, welche nach Art des Zinköls eine Mischung vorstellt von Granugenol 50,0, Zinc. oxydat. 40,0, Magnes. carbon. 10,0. Die Behandlung ist etwa folgende: die Wunden werden zunächst sorgfältig mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt, von den Krusten befreit und trocken ausgetupft, dann dick mit der Pasta bestrichen, mit Gaze überdeckt und verbunden. Bei starker Sekretion wird möglichst alle Tage erneuert, sonst nach 3—5, später, wenn die Schließung der offenen Stellen beginnt, nach 8—12 Tagen. Die ölige Beschaffenheit des Mittels verhütet die Verklebung, so daß der Verbandwechsel ohne große Schmerzen vor sich geht. Wegen des ätzenden Wundsekrets habe ich noch die Umgebung des Geschwürs dick mit sterilisiertem Bolus bestreut, der die Absonderung gut aufsaugt.

Der Vorzug der Granugenpasta vor dem Granugenol besteht hauptsächlich in der bequemeren Handhabung, insofern, als es möglich ist die Pasta recht dick auftragen und den Verband länger liegen lassen zu können. Bei Verwendung des flüssigen Granugenols muß dagegen lange Zeit jeden Tag der Verband erneuert werden. Wiewohl in letzteren Fällen das 100%ige Präparat seine Wirkung entfalten konnte, habe ich doch am jeweiligen Aussehen der Wunde nicht feststellen können, daß dadurch die Heilung beschleunigt wurde. Andererseits war auch eine schnellere Granulation durch die Zinkkomponente der Pasta nicht warzunehmen. Der Heilprozeß braucht also eine gewisse Zeit. Erst gegen Ende der Behandlung scheint die Pasta die Vernarbung zu begünstigen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer meiner Fälle war neun Wochen. Es waren alte hartnäckige darunter. Auf einen Umstand muß man aber die Patienten aufmerksam machen, was auch Better aus der Josephschen Poliklinik, Berlin (Derm. Zbl., 1916, 1 u. 2) betont, daß die Eiter- und Lymphabsonderung anfangs sehr stark ist und das Ulkus verschlimmert erscheinen läßt. Diese Wendung wird dann gewöhnlich

Digitized by Google

falsch gedeutet. Sie ist aber im Gegenteil ein Zeichen, daß „das Mittel anschlägt". — Nach diesen günstigen Eindrücken habe ich die Granugenpasta auch bei Impetigo contagiosa und nach Verbrennungen angewendet, wo ebenfalls nach Abnehmen der Krusten und Öffnen der Blasen durch Verbände mit Granugenpasta eine baldige Heilung eintrat.

Das Mittel scheint demnach berufen zu sein, die Ulcera cruris, die manchmal jeder Behandlung trotzten, zur Verheilung zu bringen und auch in der Dermatologie mit Vorteil verwendet werden zu können.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1917, Bd. 124, H. 3.

Reinduratio, Reinfektio, Superinfektio und schankriforme Papeln bei Lues, von F. Hell-Kiel. Reinduration und schankriforme Papeln sind Rezidive der Lues, die als restierende isolierte Spirochätenherde in einem fast sterilisierten Organismus die Form der Sklerose annehmen. Die Zahl der Spirochäten ist in ihnen meist gering. Relativ häufig kommt es zu einer regionären Drüsenschwellung, nur selten zu einem Exanthem, welches dann meist den Charakter einer Rezidivform trägt. Doch kann jede andere Exanthemform vorher, gleichzeitig oder später ohne jeden ätiologischen Zusammenhang auftreten. Die Wassermannsche Reaktion ist oft positiv, kann aber auch negativ sein. Im letzteren Falle macht dann der Organismus, was durch Umschlagen der Wassermannschen Reaktion kenntlich wird, eine zweite Infektion mit seiner eigenen Lues durch. Da diese Autoinfektion genau denselben Verlauf zeigen kann wie eine Reinfektion, ist eine Unterscheidung unter Umständen sehr schwierig. Als Reinfektionen können nur solche Fälle gelten, welche vor der zweiten Infektion keine Anzeichen von Lues mehr erkennen ließen. Mit absoluter Sicherheit ist die Heilung der Lues allerdings niemals zu beweisen. Die Existenz einer Superinfektion ist noch nicht bewiesen, sondern ist noch trotz der Experimente und der praktischen Erfahrung gemäß unwahrscheinlich.

Nervenzellen der Haut, von C. Kreibich. Mit Hilfe der Rongaliteiweißfärbung ließ sich nachweisen, daß die Haut Nervenzellen enthält, deren Fortsätze untereinander in Verbindung stehen. Außerdem färbt die Methode auch die Langerhansschen Zellen.

Dermatologische Beobachtungen während des Krieges, von B. Lipschütz. Beobachtungen über das vom Verfasser als Erythema vasculosum bezeichnete Exanthem. Dasselbe tritt plötzlich in Schüben auf, bildet Flecke, welche durch feinste Gefäßinjektionen hervorgerufen werden. Auf Druck verschwindet der Fleck vollkommen. Bei der Entwicklung der Flecke lassen sich zwei Stadien unterscheiden, ein tonisches, welches mit aktiver Hyperämie einhergeht, und ein solches des Abblassens. Neben der vaskulären beteiligt sich auch eine erythematische Komponente am Aufbau der Efflorescenz. Die Größe der Flecke schwankt zwischen Mohnkorn- bis Kreuzergröße, die Form ist rundlich, elliptisch, selbst gelappt, mit unscharfen Rändern, die Farbe hell- bis fettrot oder zinnoberrot, während der Rückbildung wird sie gelbrötlich bis gelblich. Prädilektionsstellen sind die Fossae supra- et infraclaviculares, die Thoraxpartien und obere Bauchgegend. Neigung zur Gruppierung oder Konfluenz fehlt, ebenso eine Beziehung zur Spaltrichtung der Haut. Häufig ist ein Rezidivieren der Flecke. Der Verlauf kann kurz oder chronisch sein. Histologisch fand sich ein mäßiges perivaskuläres Zellinfiltrat mit Lymphozyten und Bindegewebszellen, in zwei Fällen auch eosinophile und Mastzellen.

Digitized by Google

Albert Neisser und die Entdeckung der Leprabazillen, von Czaplewski-Köln a. R. Die Hansenschen Angaben über den Leprabazillus aus dem Jahre 1873 sind keineswegs beweiskräftig. Erst Neisser verdankt man die genaue Beschreibung desselben. Als Entdeckungsjahr wäre 1879 anzunehmen.

Über Hydroa aestivale und vacciniforme, von Alfred Perutz-Wien. Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluß des Hämatoporphyrins auf die Entstehung der Krankheit. Nach den mitgeteilten Untersuchungen ist der Entstehungsort des Hämatoporphyrins die Leber. Eine mitunter weder makroskopisch noch mikroskopisch nachweisbare Insuffizienz dieses Organs bewirkt die Porphyrinurie. Durch gestörte Leberfunktion kommt Hämatoporphyrin in den Kreislauf. Die Anwesenheit dieses Körpers sensibilisiert die Haut gegen die Einwirkung des Sonnenlichtes.

Über einen halbseitigen systematisierten Naevus follicularis keratosus, von Alfred Kleine-Prag. Mitteilung der klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten des Falles. Es handelt sich um die Existenz von Pseudokomedonen, die aus Horn bestehen.

Über das melanotische Pigment der Kutis, von C. Kreibich-Prag. Der Verfasser kommt zu dem Schluß, daß das Kutispigment ein Lipochrom ist.

Lichen sclerosus, von C. Kreibich-Prag. Der Verfasser weist in diesem Falle verwandte Züge des Lichen sclerosus mit der Sklerodermie nach.

H. Vörner-Leipzig.

Dermatologisches Zentralblatt.

1917, Nr. 10—12.

Über Granugenol (granulierendes Wundöl Knoll), von Ignaz Saudek-Brünn. Es wurden mit Granugenol zwölf Fälle von Geschwüren und sechs größere Furunkel behandelt. Der Erfolg war gut. Das Mittel wirkt granulationsbefördernd.

Condylomata acuminata bei Kindern, von Breuning. Mitteilung von Fällen.

Ambulante Behandlung der akuten Epididymitis mittels Stütz- und Stau-Heftpflasterringes, von Wolff-Metz. Fixierung des Hodens an der Bruchpforte durch einschnürende Heftpflasterstreifen.

Primäre spastische Spinalparalyse auf der Basis von Syphilis hereditaria tarda, von Wolff-Metz. Der Fall betrifft ein zehnjähriges Mädchen, das Kind eines Luetikers.

H. Vörner-Leipzig.

Annales des Maladies Vénériennes.

1917, Heft 5.

Eine Familie von Hereditär-Syphilitischen: fünf Appendizitiden unter acht Kindern, von Gaucher. Verf. führt Appendizitis auf Syphilis zurück. Er verfügt über die Beobachtung der Familien von drei Syphilitikern, von denen sämtliche, bei dem einen zwei, bei den anderen je drei Kinder daran operiert worden sind. In der vorliegenden Mitteilung berichtet er über die Familie eines durch + Wassermann-Reaktion als solchen festgestellten Syphilitikers: drei Fehlgeburten, drei Kinder klein gestorben, fünf weitere haben sämtlich Appendizitis gehabt, drei sind daran gestorben. Selbst in der zweiten Generation behauptet Verf. das Vorkommen von Appendizitis syphilitischen Ursprungs und führt dafür ein Beispiel an.

Bericht über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Syphilis, von Gaucher. Der Académie de médecine vorgelegte Leitsätze enthalten 6, die von ihr einstimmig und ohne Diskussion angenommen worden sind. Sie betonen: 1. Die Notwendig-

Digitized by Google

keit, die jungen Leute davon zu unterrichten, daß die Keuschheit nicht allein möglich, sondern empfehlenswert und heilsam ist — und die Verheirateten, daß sie sowohl hinsichtlich Moral wie Hygiene die Pflicht haben, die Gelegenheitszusammenkünfte zu vermeiden. 2. Die absolute Notwendigkeit der Untersuchung der Militärkontingente oder der Kolonialarbeiter vor ihrer Einschiffung nach Frankreich und bei ihrer Ausschiffung, und der Untersuchung der Kolonialarbeiter alle 14 Tage in den Werkstätten, wo sie angestellt sind. 3. Die Notwendigkeit, die für Vermietungen erlassenen Polizeivorschriften streng beobachten zu lassen und die Vermieter zu verpflichten, Namen und Stand der Reisenden zu verlangen, die ein Zimmer in ihrem Hotel fordern, nicht nur nachts, sondern auch bei Tag. 4. Die Notwendigkeit, die strenge Beobachtung des Gesetzes über die Verführung zur Ausschweifung und die strenge Unterdrückung des Vergehens der Anlockung (racolage) sicherzustellen. 5. Die Notwendigkeit, diejenigen, die der Versuchung unterliegen, davon zu unterrichten, daß es für sie unerläßlich ist, sich der Schutzmittel zu bedienen. 6. Die unbedingte Notwendigkeit, spezialistische Funktionen in den militärischen Sanitätsformationen und den bürgerlichen Verwaltungen nur Ärzten anzuvertrauen, die kompetent und als solche anerkannt sind, und die Notwendigkeit der Ausbreitung des Unterrichts in der Syphilidologie.

Syphilitische Epilepsie, von Lévy-Bing und Gerbay. Verff. veröffentlichen 13 Beobachtungen von Epilepsie auf syphilitischer Basis und gelangen zu folgenden Schlüssen: Die syphilitische Epilepsie ist häufiger, als man im allgemeinen annimmt. Sie kann in allen Perioden der Syphilis vorkommen, findet sich aber besonders in der sekundo-tertiären und der tertiären Periode. Als Ursache für die epiletischen Krisen, die gewisse Luetiker haben, findet man bisweilen nervöse Antezedentien, die vielleicht prädisponieren, meist aber ist die zerebrale Lokalisation durch unsere gegenwärtigen Untersuchungsmittel nicht erklärbar. Die syphilitische Epilepsie bietet kein klinisches Symptom, das ihr als solches angehört und sie von anderen Epilepsien unterscheiden läßt. In den zweifelhaftesten Fällen sind die wichtigsten Punkte: 1. Die syphilitischen Antezedentien; 2. das Alter des Patienten beim ersten Anfall; 3. die Wassermann-Reaktion; 4. das Ergebnis der Untersuchung auf zerebrospinale Lymphozytose; 5. das Argyllsche Symptom, wenn es vorhanden ist. Die Behandlung richtet viel aus, und man kann behaupten, daß die syphilitische Epilepsie durch eine methodische und langwierige Behandlung heilbar ist, unter der Bedingung jedoch, daß sie sich nicht in der letzten Phase einer zerebralen Syphilis einstellt.

Fall von blennorrhoischer Keratose, von J. Montpellier. Ein seit zwölf Monaten an Urethralblennorrhoe leitender Patient mit schweren Gelenklokalisationen, vorgeschrittener Muskelatrophie und einem an Kachexie grenzenden Allgemeinzustand erwirbt dazu noch eine Keratosis plantaris. Er erhält Nicollesche Vakzine, die die Arthropathien und den Allgemeinzustand günstig beeinflußt, sich der Keratosis gegenüber aber als vollständig unwirksam erweist. Es stellten sich im Gegenteil noch etwa 20 weitere Stellen ähnlicher Beschaffenheit, wie aus Nägeln zusammengesetzt, unregelmäßig über den Körper verteilt ein. Ohne jede lokale Behandlung waren $2^1/_2$ Monate nach Beginn dieser Hautaffektion die hyperkeratotischen Stellen bis auf rötliche, leicht abschuppende Flächen wieder verschwunden.

Heft 6.

Die fissurierte oder rissige Zunge, ihr syphilitischer oder hereditär-syphilitischer Ursprung, von Gaucher. Verf. beschreibt als von diagnostischem Interesse unter Anführung von acht Beispielen eine Zungenaffektion, die er sowohl bei akquirierter wie bei hereditärer Lues beobachtet hat, die aber leicht übersehen und der keine Wichtigkeit bei-

Digitized by Google

gelegt wird. Bei der Hereditärsyphilis ist sie zuweilen begleitet von anderen lingualen Manifestationen (Leukoplasie oder Lingua geographica). Neben einer nur eine Verstärkung der normalen Medianfurche bildenden Fissur verlaufen laterale Fissuren von unregelmäßiger Anordnung, teils von der ersteren ausgehend, teils isoliert, die einen geradlinig, die anderen gekrümmt. Im ganzen beobachten sie longitudinale Richtung zur Zungenachse, aber es gibt auch lateral gerichtete und solche von jeder Richtung dazwischen. An den Zungenrändern sind laterale zu beobachten, die gewöhnlich am tiefsten sind, ohne jedoch die Furchen der kongenitalen Lingua scrotalis zu erreichen. Überhaupt sind bei dieser Affektion die Furchen viel oberflächlicher, viel weniger zahlreich und viel weniger sichtbar als bei der Lingua scrotalis. Verf. glaubt, daß diese Zungenaffektion Syphilis mit Sicherheit zu diagnostizieren erlaubt.

Über die Nutzbarmachung eines neuen Präparates von benzoësauren Quecksilber bei der Syphilisbehandlung, von Louis Bory. Verf. hat in der Absicht, ein dem Salvarsan analoges organisches Hg-Präparat zu schaffen, das Hg benzoicum einem besonderen Herstellungsverfahren unterworfen und es dadurch zu einem löslichen Präparat gemacht, das er in 3%iger Lösung zu intramuskulären und intravenösen Injektionen benutzt. Bei letzteren soll es, im Fall der Verfehlung der Vene, weniger lebhaften und weniger andauernden Schmerz als andere Präparate, speziell Zyan-Hg-Verbindungen, sowie nur begrenzte und vorübergehende Induration verursachen. In der Präparation, die Verf. angegeben hat, ist es weniger toxisch als andere Hg-Salze. Man kann infolgedessen größere Dosen geben, die auch von den Nieren vollkommen vertragen werden, bei spezifischen Nephritiden sogar kurativ wirken. Der „massiven" Dosis allein schreibt Verf. die günstige Wirkung zu. Als unerläßliche Wirkung für Verträglichkeit fordert Verf. allerdings die sorgfältigste Mundpflege durch den Zahnarzt. Verf. beginnt gewöhnlich mit 0,03 intravenös, nächsten Tag 0,04, nächsten 0,05, selbst 6, 7, 8 cg. Bei diesen letzteren Dosen wurde dann die Behandlung während 2—3 Tagen ausgesetzt.

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Charles Soulier. Der Vorsitzende des Lyoner Komitees der unserer Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten entsprechenden Ligue Française berichtet über die gegen die venerischen Krankheiten zu ergreifenden prophylaktischen Maßregeln. Es wird zunächst die gegenwärtige Situation in Frankreich besprochen und festgestellt, daß es zurzeit daselbst keine Reglementation gibt, d h. keine Gesetze oder Verordnungen, die sich auf die Prostitution beziehen, sodann hingewiesen auf die besondere Veränderung der Verhältnisse, die seit Kriegsausbruch eingetreten ist, speziell auch auf die verhängnisvollen Folgen, die diese Übel auf die militärischen Effektivbestände haben. Dem französischen laisser faire, laisser aller gegenüber der Prostitution werden die in Deutschland üblichen Grundsätze gegenübergestellt. Das Heilmittel gegen die Ausbreitung und Fortpflanzung der venerischen Krankheiten erblickt man darin, dem Regime der Reglementation und der administrativen Überwachung, wie es vor 1906 bestand, eine gesetzliche Form zu geben. Hierfür will man zweierlei als Vergehen angesehen und bestraft wissen: 1. die öffentliche Anlockung zur Ausschweifung (racolage), 2. die Krankheitsübertragung. Es wird genauer auseinandergesetzt, was unter ersterer zu verstehen ist, auch Maßregeln erörtert, um Mißgriffen vorzubeugen. Die Sistierten sollen, falls sie krank befunden werden, Krankenhäusern überwiesen werden können. Ein bezüglicher Gesetzentwurf wird im Wortlaut beigefügt.

Heft 7.

Organisation und Tätigkeit einer militärischen Regionszentrale für Dermatologie und Venereologie, von H. Gougerot (mit dem Schluß in Heft 8). Verf. berichtet

Digitized by Google

nach einem Jahr Tätigkeit sehr ausführlich über die Organisation des militärischen dermato-venereologischen Zentrums der 9. Region zu Tours und über die bei Militär und Zivil erhaltenen Ergebnisse, denn zu seinen Aufgaben gehörte auch die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Zivilbevölkerung und die Bekämpfung der Prostitution. Das Zentrum umfaßt zwei Unterzentren und zwei Ambulatorien. Im Zentrum befand sich ein richtiges Speziallazarett nach Pariser Muster. Ein solches Zentrum hatte infolgedessen sehr vielseitige Aufgaben und verfolgte vielfache Zwecke: 1. Lazarettunterbringung der Militärpersonen in spezialistischen Lazaretten, die mit allen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmitteln, Radiotherapie, Laboratorium, Zahnbehandlung usw. versehen sind, 2. ambulatorische Beratung und Behandlung der Soldaten und Militärarbeiter, die dabei ihre Arbeit fortsetzen können, 3. Besichtigungen, Diagnosen, Einteilung schwieriger Fälle der ganzen Region, 4. periodische monatliche Besichtigungen auf Haut- und Geschlechtskrankheiten, 5. Instruktion der Ärzte, um gewisse Dermatosen zu verhüten und zu heilen, 6. Unterrichtung der Ärzte, die dem Dienste freiwillig beiwohnen, Krankenvorstellungen, diagnostische und therapeutische Erörterungen, 7. Propaganda für Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der Armee, den Militärwerkstätten, der Zivilbevölkerung durch Zeichnungen, Broschüren, 8. Nachforschung nach den Ansteckungsquellen, 9. Organisation der unteren Dienststellen, 10. Vervollkommnung der medizinischen Überwachung der Prostitution und Kampf gegen die geheime Prostitution.

Ein Apparat zur allmählichen Erweiterung entzündlicher Phimosen, von Clément Simon. Beschreibung eines Apparates, der ähnlich wie die Harnröhrendilatatorien die Vorhautöffnung durch Spreizen von Branchen dehnt. Die Öffnung der Branchen geschieht durch Hebelwirkung mittels Gummizugs.

Harter Schanker des Zahnfleisches, von Gaucher und J. Bralez. Verff. beschreiben einen Primäraffekt am Zahnfleisch: eine Ulzeration in Form einer kleinen, erhöhten Neubildung von unregelmäßigen Rändern an der Vorderfläche des oberen Zahnfleisches über den zwei mittleren Schneidezähnen, von der Wurzel der Zähne bis zur gingivo-labialen Furche sich erstreckend. Eine Übertragung durch zahnärztliche Instrumente oder Behandlung wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Fall von vereiternder blennorrhoischer Orchiepididymitis, von Butte und Clément Simon. Beschreibung eines Falles von Epididymitis im Verlaufe chronischer Blennorrhoe mit Ausgang in Abszedierung, Inzision und Vernarbung. Im Abszeßeiter fanden sich Diplokokken vom Charakter der Gonokokken.

Akquirierte Syphilis bei einem 8jährigen Mädchen (von seiten der Mutter), von Gaucher, L. Bizard und J. Bralez. Als typisch wird der Fall eines achtjährigen Mädchens beschrieben, das mit papulösem Exanthem vorgestellt wird, während ein Primäraffekt nicht mehr nachzuweisen, sein Sitz aber als am Mund gewesen anzunehmen ist.

Bemerkung über den Bubo und sein Vorherrschen auf der linken Seite, von J. Montpellier. Feststellung, daß der linksseitige Bubo wenigstens zweimal häufiger ist als der rechte. Übereinstimmung zwischen Schanker und Bubo bezüglich des Sitzes auf derselben Seite der Körperachse existiert sehr häufig nicht.

Heft 8.

Die Syphilis, insbesondere deren nervöse Erscheinungen bei den Arabern im Heere, von Lévy-Bing und Gerbay. Verff. berichten über 123 Araber, von denen 39—44 sich ihre Ansteckung während des Krieges zugezogen hatten, während die anderen ältere Fälle waren. Neun hatten Primäraffekte, 63 sekundäre oder sekundotertiäre Symptome. Bei letzteren ließ sich beobachten, daß 1. Roseola selten ist,

Digitized by Google

2. bukkale und pharyngeale Syphilide sehr häufig sind und Neigung haben, sich durch ihre Ausdehnung in große Syphilome zu verwandeln, 3. die Genitalregion der Vorzugssitz der sekundären Syphilide ist, 4. ulzeröse Läsionen sehr häufig und früh sind, oft von Anfang der Syphilis an vorkommen. 51 hatten tertiäre Erscheinungen, der jüngste etwa 21 Jahre alt, die meisten weniger als 30 Jahre. In der Hauptsache waren ulzeröse Syphilide (33), mit Vorliebe an den unteren Extremitäten, und von phagedänischem Charakter, die Heilung langsam und mühevoll. Bezüglich der herrschenden Anschauung, daß bei den Naturvölkern eine Mitbeteiligung des Nervensystems bei der Syphilis eine Seltenheit sei, haben Verff. das Gegenteil feststellen können, 25 Fälle, von denen eine Anzahl Störungen von seiten des Nervensystems boten, während bei den anderen die Prüfung der Rückenmarksflüssigkeit das Bestehen einer latenten Meningitis ergab.

Heft 9.

Bericht der militärischen Sanitätskommission über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Syphilis, von GAUCHER. Verf. weist darauf hin, daß sich die Syphilis in den ersten 16 Monaten des Krieges, bis Ende Dezember 1915, um mehr als ein Drittel, fast die Hälfte, in den acht folgenden Monaten, bis Ende August 1916, um mehr als die Hälfte, fast zwei Drittel vermehrt hat. Er wiederholt die zu zwei verschiedenen Malen von der Académie de Médecine geäußerten Wünsche, setzt ihren Zweck und ihren Nutzen auseinander und stellt fest, was zu ihrer Erfüllung geschehen und was bisher unterblieben ist. Es wird diesbezüglich verlangt: 1. Überwachung und häufige Untersuchungen der Prostituierten, 2. Gesundheitsbesichtigung der Soldaten alle 14 Tage, Untersuchung der Urlauber vor dem Urlaubsantritt und bei ihrer Rückkehr, 3. strenge Unterdrückung der Anlockung (racolage), 4. strenge Beobachtung der für die Zimmervermietung erlassenen Vorschriften bezüglich Meldung von Namen und Stand der Reisenden, 5. Untersagung des Aufenthaltes in der Heereszone für die Frauen, die nicht ins Land gehören, 6. Spezialhospitäler für Venerische, Soldaten und Zivil, mit externer Konsultation, 7. Abteilungen in den Spezialkliniken der medizinischen Fakultäten zur Unterrichtung der zur Leitung des venerologischen Dienstes berufenen Ärzte, 8. Vermehrung der Vorträge für die Soldaten über die Gefahr der Geschlechtskrankheiten und die Mittel, sie zu vermeiden, 9. unbedingte spezialistische Funktionen in den militärischen Santätsformationen und den bürgerlichen Verwaltungen nur kompetenten und als solche anerkannten Ärzten anzuvertrauen. Ahnangsweise werden als Belege einige besonders gravierende Fälle von Verschleppung der Heilung und von diagnostischen Irrtümern ausführlicher mitgeteilt.

Nervensyphilis bei einem Feldheere, von GOUGEROT. Verf. berichtet über die Fälle von Nervensyphilis, die er im Laufe eines Jahres während des Krieges beobachtet hat. Er hat den Eindruck, daß die Kriegsereignisse nur einen bestreitbaren und sehr geringen Einfluß haben. Die meisten Kranken waren ältere Leute, die nicht an der eigentlichen Front waren. Einige seltenere Fälle von Syphilis und Heredosyphilis werden im Detail ausführlicher mitgeteilt.

RAYNAUDsche Krankheit bei einem Syphilitiker mit Sekundärerscheinungen, von LÉVY-BING und GERBAY. Der Fall bot mehrere Besonderheiten: 1. der RAYNAUDsche Symptomenkomplex erschien 33—40 Tage nach dem Primäraffekt, also zu gleicher Zeit wie der Ausbruch der sekundären Allgemeinerscheinungen, 2. gegenüber der spezifischen Behandlung verhielt er sich wie ein syphilitisches Symptom, verschwand vollständig unter ihrem Einfluß und ebenso schnell wie die sekundären Hauterscheinungen, 3. da in diesem Falle die absolute Integrität des Nervensystems gegeben war, so

Digitized by Google

chließen sich die Verff. der Theorie an, die die Raynaudsche Krankheit nicht als zirkulatorische Störungen auf Grund eines vaskulären Spasmus, sondern als eine wirkliche syphilitische Arteriitis ansieht.

Zerebrospinalmeningitis und syphilitische Meningitis bei einer Hereditärsyphilitischen mit Sekundärerscheinungen, von F. Gerbay und J. Charon. Verff. glaubten nach der Familiengeschichte annehmen zu dürfen, daß es sich um eine Heredo-Syphilitische handle (?). Sie hatte eine akquirierte Syphilis von 3—4 Monaten mit sekundären Hauterscheinungen (papulösem Exanthem). Symptome bei der Einlieferung ins Krankenhaus und weiterer Verlauf machten es wahrscheinlich, daß daneben noch eine Meningitis cerebrospinalis bestand (im Liquor Meningokokken). Wassermannsche Reaktion im Liquor gleichzeitig +. Außer dieser akuten Meningitis nehmen Verff. das gleichzeitige Bestehen einer syphilitischen Meningitis an, der sie die Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit zuschreiben, während sie die erhebliche Polynukleose auf das Konto der Zerebrospinalmeningitis setzen. Der Ausgang war letal. Eine Autopsie ist nicht erfolgt. E. Klemm-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Untersuchungen über einen pockenähnlichen Ausschlag bei Ferkeln. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Schweineseuche und Schweinepest, von Paul Vochetzer. (Diss., Leipzig 1914.) Die Ergebnisse seiner Untersuchungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen: Infolge Schweineseuche und -pest tritt bei Ferkeln zuweilen ein Ausschlag auf, der aus hanfkorn- bis markgroßen braunschwarzen Borken besteht und durch eine wallartige Randzone gewisse Ähnlichkeit mit echten Pocken gewinnt. Seiner Entstehung und seinem Wesen nach charakterisiert er sich aber als Urticaria crustosa. An den befallenen Stellen kommt es zu Zerstörung der Epidermis und eines Teiles des Koriums; nach Ablösung des Schorfes bleibt eine Erosion, die mit einer flachen Narbe verheilt. Wenn die Urticaria crustosa schwer verläuft oder tödlich endigt, handelt es sich meist um Schweinepest oder -seuche. Das Vorkommen echter Pocken beim Schweine ist sehr fraglich. Der sogenannte „Ruß der Ferkel" ist nur selten Ekzem, meist Urticaria crustosa. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Otto Kneise hat sich in Halle a. S. als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Dr. Ramon Guiteras, Professor für Venereologie und Urologie an der New York Post-Graduate Medical School ist am 13. Dezember v. J., 57 Jahre alt, gestorben.

Dr. Edward Manning Brown, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Springfield, Mass., ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. März 1918 | Nr. 10 | Band 66

Aus dem Reservelazarett I Dresden (Chefarzt: Generaloberarzt Dr. Kaiser).

Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie.

Vorschläge zur Behandlung und zur Verhinderung der Ausbreitung im Heere[1]).

Von

Prof. Dr. Galewsky,
Oberstabsarzt d. R. a. D., fachärztlicher Beirat des XII. A.-K.

Die letzte große Epidemie von Trichophytie, über die in Deutschland Berichte vorliegen, ist im Jahre 1886 aufgetreten. Nach den Angaben von Lesser waren unter 3038 Hautkranken in Leipzig 269, das ist 7 %, an Trichophytie erkrankt, Saalfeld in Berlin konnte von 6,7 % berichten, und ebenso Stern in Mannheim über das gehäufte Auftreten der Trichophytie in diesem Jahre, die sich also scheinbar auch über eine große Reihe von deutschen Städten verbreitete.

Diese Zahlen erschienen damals schon als sehr hoch. Fanden sich doch früher einmal in der Breslauer Hautklinik unter 18241 Kranken nur 112 Trichophytiekranke. Im allgemeinen sind seit dieser Zeit wohl gelegentlich einmal kleinere Trichophytonherde aufgetaucht[2]), die Verbreitung der Trichophytie war aber in Deutschland eine unverhältnismäßig beschränkte, und speziell in Dresden und in Sachsen haben wir in den Jahren 1914, 1915 und 1916, abgesehen von gelegentlichen Fällen von Trichophytie, von einem wirklichen Auftreten der Bartflechte nichts gemerkt, im Gegensatz zu Frankreich, Belgien, England usw., wo ja die Trichophytie in außerordentlich großem Maße seit langer Zeit bekannt ist.

Verhältnismäßig häufiger war die Trichophytie in Berlin und einigen anderen Großstädten. Von einer eigentlichen Trichophytie-Epidemie kann man erst seit den letzten zwei Jahren reden, seit infolge von Einschleppung durch unser Heer, anscheinend vom Westen her, diese Erkrankung in Deutschland in außerordentlichem Maße aufgetreten ist.

Die ersten Veröffentlichungen über das Auftreten von Trichophytie

---

[1]) Im Anschluß an einen Vortrag und Demonstration in der Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden. — [2]) Werther, Derm. Mh., 1903, Bd. 36.

Digitized by Google

in diesem Kriege sind von BERGER[1]) im Jahre 1915 und von BLUMENFELD[2]) für Österreich im Jahre 1914 erschienen. Trotzdem hörte man aber von größeren Trichophytieherden und Epidemien noch nichts. Erst im Jahre 1916 wurde in einzelnen Städten, namentlich am Rhein, das stärkere Auftreten von Trichophytie beobachtet, und seit der zweiten Hälfte des Jahres 1917 ist ein so außerordentlich großes Wachsen dieser Seuche zu konstatieren, daß es sich wohl verlohnt, auf dieselbe energisch aufmerksam zu machen und die Mittel und Wege zu besprechen, die der Verbreitung dieser Erkrankung, vor allem im Heere, steuern können.

Bereits vor der Trichophyton-Epidemie zog eine Epidermophyton-Epidemie durch die deutschen Lande, und W. FISCHER[3]) in Berlin und ich[4]) haben in verschiedenen Publikationen auf die außerordentliche Verbreitung dieses der Trichophytie ja sehr nahestehenden Pilzes hingewiesen. Es ist seitdem erreicht worden, daß diese Epidemie fast ganz nachgelassen hat, und bei uns in Sachsen sehen wir nur noch gelegentlich, wie wir es bereits früher gesehen haben, ab und zu einen Kranken mit Ekzema marginatum, während die großen Lazarettepidemien — ich habe in einem Lazarett im ganzen gegen 100 Fälle gehabt — fast ganz aufgehört haben. Auch jetzt wieder hat FISCHER[5]) als erster das große Verdienst, auf das Auftreten der Trichophytie in einer kleinen Arbeit „Der Einfluß des Krieges auf die Dermatomykosen und ihre Pilzflora" aufmerksam gemacht zu haben, und nach ihm hat auch HÜBNER[6]) in Elberfeld ebenfalls über das Auftreten der Trichophytie in Elberfeld berichtet. FISCHER hat in seiner Arbeit, die sich mehr mit den verschiedenen Pilzarten und mit der Änderung der Pilzflora in diesem Kriege beschäftigt, ganz besonders auf das Auftreten des Trichophyton gypseum asteroides und granulosum, sowie auf das des Trichophyton rosaceum und anderer Trichophytonformen hingewiesen. Er konnte zusammenfassend sagen, daß „unter dem Einfluß des Krieges eine deutliche Änderung in dem Bilde der uns von früher her bekannten Pilzflora[7]) eingetreten ist. Es haben sich namentlich beim Militär, infolge der Berührung mit dem Auslande, neue, bei uns wenig oder gar nicht bekannte Pilzarten als Erreger von Trichophytien gezeigt". FISCHER hat auf die interessante Tatsache aufmerksam gemacht, daß mit der Zeit die Pilzflora der Dermatomykosen in Deutschland sich wesentlich gegen früher ändern wird und bereits geändert hat.

---

[1]) BERGER, M. Kl., 1915, Nr. 6. — [2]) BLUMENFELD, W. m. W., 1914, Nr. 49. — [3]) FISCHER, D. m. W., 1915, Nr. 48. — [4]) GALEWSKY, M. m. W., 1917, Nr. 14. — [5]) FISCHER, D. m. W., 1917, Nr. 30. — [6]) HÜBNER, D. Zschr., 1917. — [7]) PLAUT, Die geographische Verbreitung der Hautpilze und ihre Bedeutung für das Hamburger Gebiet. Derm. W., 1914, Bd. 58, Beih. 2.

Digitized by Google

Ich selbst kann diese Tatsachen auf Grund der Kulturversuche, die ich im Reservelazarett I in Dresden, dank der liebenswürdigen Unterstützung von Geheimrat Schmorl und Oberarzt Schmitz anstellen konnte, nur bestätigen. Die genaueren Angaben meiner Untersuchungsergebnisse bleiben einer späteren Mitteilung vorbehalten. Gerade diese Feststellung der verschiedenen Typen wäre von außerordentlich großer Wichtigkeit, um zu ermitteln, ob es sich um eine Übertragung durch den Tiertypus [1]) oder den Menschentypus der Trichophytie handelt, oder ob — wie wahrscheinlich — beide Formen gemischt vorkommen. Bei dem außerordentlich häufigen Auftreten der Pferdetrichophytie in Frankreich (siehe die Arbeit von Sabouraud über die Pferdetrichophytie in Sedan), wäre es ja nicht unmöglich, daß der Ursprung auf diesem Gebiete liegen könnte. Ich möchte in dieser kurzen Mitteilung nur auf den Weg, den die Trichophytie genommen hat, aufmerksam machen und auf die Schwierigkeiten der Bekämpfung und die Mittel und Wege, die uns hierzu zur Verfügung stehen, hinweisen.

Nach den Erkundigungen, die ich eingezogen habe, scheint die Trichophytie — dafür spricht ja auch die Pilzflora, wie sie Fischer und Hübner gefunden haben — ihren Weg aus dem Westen genommen zu haben. Das erste Auftreten der Trichophytie im Westen an der Front ist in der Literatur 1915 nachzuweisen. 1916 fällt das gehäufte Auftreten in Köln auf, im Herbst 1916 in Frankfurt a. M. Auch in Berlin war bereits nach den Angaben von Fischer die Trichophytie 1916 stärker verbreitet wie früher. Bei uns in Dresden sind die ersten zahlreicheren Trichophytonkranken im Juli 1917 konstatiert worden. Seit dieser Zeit ist die Seuche allmählich auch auf die anderen Städte übergegangen. So wurden in Bautzen im Juni und Juli 1917 6 Fälle, im August 18, im November 32 konstatiert, und in Freiberg trat die Erkrankung noch später auf, in Löbau und Zittau im Dezember 1917. Vom Juli an sind die Trichophytie- und Sykosisfälle auch bei uns außerordentlich gestiegen. Ebenso ist in Bautzen und in den anderen kleineren Garnisonen ein auffallend starkes Steigen der Trichophytie bemerkbar. Auch in Köln ist das Auftreten dieser Seuche ein sehr gehäuftes, wie Meirowsky berichtet. Verhältnismäßig wenig scheint die Trichophytie, im Vergleich zu unseren sächsischen und zu den rheinländischen Zahlen, noch im Osten [2]) verbreitet zu sein. Auch dies würde für den Weg aus dem Westen sprechen.

---

[1]) Wofür das Auftreten des Trichophyt. gyps. asteroides z. B. spricht. — [2]) Nach Mitteilungen von Schäffer-Breslau und Scholtz-Königsberg, siehe auch die Arbeit von Callomon, M. Kl., 1917, Nr. 17, der unter 250 Hautkranken 20 Trichophytien hatte (Reservelazarett B in Bromberg).

Digitized by Google

Es zeigten sich außerordentliches Anschwellen der Trichophytie, schnelle Verbreitung, Umsichgreifen im Heere und, was wir Militärärzte, die wir nebenher Privatpraxis treiben oder an Krankenhäusern tätig sind, auch mit konstatieren konnten, die schnelle Übertragung und Verbreitung in die Zivilbevölkerung, die Übertragung sogar auf Frauen und auf Kinder durch den infizierten Vater, Bruder usw.

Wer Gelegenheit gehabt hat, Hunderte von Trichophytonkranken wie ich in wenigen Monaten zu sehen, wird die schnelle Verbreitung der Trichophytie erklärlich finden. Wenn man sieht, wie unscheinbar die Affektion in den ersten Tagen bisweilen auftritt, wie oft nur ein kleiner rosa Schimmer auf der Haut, ein hellrosa, kaum sichtbarer Fleck, ein leichte, weißliche Schuppung das Auftreten der Trichophytie verkündet, wird verstehen, daß kein Barbier diese Erkrankung erkennt und den erkrankten Mann so lange weiter rasiert, bis die Bartflechte wirklich zum Ausbruch gekommen ist, und in dieser Zwischenzeit wird eine außerordentlich große Anzahl der Kunden infiziert. Der Patient selbst denkt im Anfang nicht, daß das eine Bartflechte sein könnte, und es ist bei vielen Kranken sehr schwer, ihnen klarzumachen, daß sie wirklich eine ansteckende Erkrankung haben. In zwei Vorträgen, die ich vor Dresdener Friseuren und Barbieren gehalten habe, habe ich auch bemerken können, wie schwer selbst den am meisten Beteiligten das Verständnis für die Gefahr dieser Erkrankung beizubringen ist, und wie sie immer und immer wieder mit Ausflüchten kamen und darauf hinwiesen, daß sie ja eigentlich gar nicht die Überträger wären, sondern daß es noch viel wichtigere Wege gäbe, auf denen die Bartflechte übertragen werden könnte. Und auch das ist nicht abzuleugnen, daß selbstverständlich, wenn auch in allererster Reihe das Rasieren, der Haarschnitt, die Berührung mit der Wäsche, das Einseifen mit dem Pinsel als Überträger der Bartflechte dienen können und dienen werden, auch noch eine ganze Reihe anderer Umstände mitsprechen kann, die in diesem Kriege das außerordentlich gehäufte Auftreten einer Epidemie, wie wir sie in Deutschland noch nicht erlebt haben, erklärlich machen. Wir dürfen nicht vergessen, daß unsere Soldaten in dieser Zeit im Felde mit dem Mangel an Reinlichkeit zu kämpfen haben, daß für sie die Übertragungsmöglichkeiten draußen im Felde, im Unterstand, in den Schützengräben, in den gehäuften Massenquartieren hinter der Front eine außerordentlich leichte ist, daß ebenso bei uns in der Heimat bei der Überfüllung unserer Kasernen, den vielen Not- und Massenquartieren, in denen wir gezwungen sind, unsere Soldaten unterzubringen, und bei der sparsamen Verwendung von Seife der Verbreitung dieser Erkrankung die weitesten Wege geöffnet sind, und daß von dieser Masse von Erkrankten

Digitized by Google

dann mit Leichtigkeit die Übertragung auf die Zivilbevölkerung erfolgen wird und erfolgen muß.

Als besonderer Weg der Übertragung hat sich neben den Rasierstuben das Anlegen der Übungsgasmasken und das Anprobieren derselben erwiesen, sowie der häufige Gebrauch der alten Wachmäntel und der wollenen Decken, deren regelmäßiger und oftmaliger Desinfektion außerordentliche Schwierigkeiten entgegenstehen. Würde man dieselben nach jeder Wache desinfizieren, so würden sie nach kurzer Zeit zerfallen. Auch die Übertragungsmöglichkeit durch die Polster in den Eisenbahnen, durch die Berührung mit gebrauchter Wäsche, Handtüchern usw., ist nicht von der Hand zu weisen; kurz, wir sehen eine ganze Reihe von Übertragungswegen, mit denen wir früher im Frieden, in geordneten Verhältnissen, nicht zu rechnen brauchten und die das jetzige außerordentliche Ansteigen dieser Seuche erklären.

Welches sind nun die Maßregeln, die wir ergreifen müssen, um der Seuche Herr zu werden? In erster Reihe würde es sich selbstverständlich empfehlen, alle Trichophytonkranken ins Lazarett aufzunehmen und sie wochenlang zu behandeln, bis die Erkrankung abgeheilt ist. Dem stehen aber schwere Bedenken entgegen. Eine derartige Massenbehandlung von Hunderten und Tausenden von Kranken würde dem Staate erhebliche Kosten verursachen, Tausende von Soldaten würden dem Heeresdienste entzogen werden, und die Zahl der vorhandenen Fachlazarette würde nicht ausreichen. Wir sind also gezwungen, einen Teil der Kranken entweder ambulant zu behandeln, oder sie, sobald sie gebessert sind, zu entlassen, obwohl sie in diesem Stadium noch infektiös und — das hat uns diese Epidemie gezeigt — außerordentlich leicht Rückfällen ausgesetzt sind. Ich habe mich bis jetzt so beholfen, daß ich nur diejenigen Kranken ins Lazarett aufgenommen habe, die in Massenquartieren lagen oder durch die schwere Form ihrer Erkrankung als sehr infektiös erschienen, daß ich dagegen möglichst Kranke mit guter Pflege in Eigenheimen oder die leichteren Fälle aus den Massenquartieren nicht aufgenommen habe. Jedenfalls müssen wir bemüht sein, die frischen Herde sofort durch Pinselung, durch Abschluß ihrer Infektionsmöglichkeit zu berauben und dadurch den Kranken weniger ansteckend zu machen. Es empfiehlt sich deshalb, durch regelmäßige Gesundheitsdurchsichten die frischen Trichophytonkranken herauszuholen, um sie möglichst rasch der Behandlung zuzuführen und unschädlich zu machen.

In zweiter Reihe müssen alle Mannschaften, ehe sie auf Wache ziehen, vom Truppenarzt untersucht werden, ob sie an Bartflechte leiden, um die Infektion der Wachmäntel usw. zu verhüten. Ebenso sind Bartflechtenkranke von dem Dienst mit Übungsgasmasken zu befreien. Das

Digitized by Google

Rasieren soll bartflechtenkranken Soldaten verboten werden. Den Barbieren muß durch einen Befehl des Generalkommandos auf das dringendste das Rasieren bartkranker Soldaten verboten werden. Das Haar- und Bartschneiden derartiger Kranker soll in den Kasernen oder in besonderen Revierstuben stattfinden. Die dazugehörigen Instrumente müssen nach besonderen Vorschriften gereinigt werden (Durch-die-Flamme-Ziehen der Haarschneidemaschinen, Abwischen der Messer und Scheren mit Alkohol, Einlegen in Formalin- oder Kresolseifen- oder 5 %ige Wasserstoffsuperoxydlösung) [1]). Bürsten und Pinsel müssen ausgekocht werden, falls sich nicht ein Verbot der Pinsel überhaupt durchführen läßt. Kämme sind ebenfalls in Formalinlösung oder Wasserstoffsuperoxyd zu reinigen. Die Bartflechtenkranken sind auf die Ansteckungsgefahr besonders aufmerksam zu machen. Sie sind am besten durch ein Merkblatt von der Gefahr der Übertragung und von den Vorsichtsmaßregeln zu unterrichten (Übertragung durch Handtücher, durch Bettwäsche, durch die Finger usw.). Das Publikum muß im allgemeinen über die Bedeutung der Bartflechtenerkrankung, über die Übertragung durch kranke Katzen, Hunde, Pferde, Hornvieh usw. aufgeklärt werden und auf die Bedeutung, die der Bartflechtenkranke schon als Überträger für seine Umgebung hat, hingewiesen werden.

Die Friseure sind durch geeignete Vorträge von der Bedeutung der Erkrankung zu unterrichten, durch Demonstrationen an Kranken sind ihnen die verschiedenen Formen vorzuführen, wie ich es bereits in Dresden getan habe, um ihnen gerade die beginnenden und Anfangsformen zu zeigen und ihnen an alten, schweren Fällen vor Augen zu führen, was sie durch die Übertragung der Flechte anrichten können; gegebenenfalls ist für sie durch das Generalkommando oder durch die Zivilbehörden ein strenges Verbot des Rasierens von Bartflechtenkranken, falls diese nicht eigene Instrumente mitbringen, zu erlassen.

Alle diese prophylaktischen Maßnahmen wären einer eingehenden Besprechung wert, da sie ebensoviel für wie wider sich haben. Sie sind einer der Hauptgründe, weshalb ich diese Frage hier angeschnitten habe. Ebenso wichtig ist die Besprechung der Behandlung, die ja ganz besondere Schwierigkeiten macht.

In erster Linie kommt es natürlich darauf an, die Diagnose Trichophytie zu sichern und Pilze nachzuweisen. Wir haben uns hierzu in allen zweifelhaften Fällen der Untersuchung mit Kalilauge oder einer 25 %igen Antiforminlösung bedient. Sonst bietet auch schnell das Plautsche Anreicherungsverfahren in feuchter Kammer die Sicherung der Diagnose. Ist dieselbe sichergestellt, so muß sofort so energisch wie

[1]) Ullmann, Zur Rasierstubenhygiene. Wien 1906.

Digitized by Google

möglich behandelt werden. Ich muß offen gestehen, daß ich zu Beginn der Epidemie mit einem außerordentlich großen Optimismus an die Sache herangegangen bin und überzeugt war, daß wir mit Leichtigkeit der Seuche Herr werden würden. Ich habe aber allmählich — und darin stimmen Fischer, Meirowsky und viele andere Kollegen mit mir überein — eingesehen, daß es unmöglich ist, 1. das Weitergreifen der Erkrankung auf gesunde Stellen, 2. das Tiefergehen auf die Haare zu verhindern, 3. daß es eine ganze Reihe von Fällen gibt, bei denen eine reizende Behandlung sofort eine Verschlimmerung des Falles herbeiführt, ein Weitergreifen des Prozesses bedingt, und daß in manchen Fällen anstatt einer leichten Trichophytie derbe Wucherungen [1]) auftreten, die bei vorsichtiger Behandlung zweifellos nicht aufgetreten wären. Dementsprechend habe ich auch 4. nach starken Röntgenbelichtungen und Quarzlampenbelichtungen, die ich im Anfang versucht habe, weder eine Besserung, sondern eher eine Verschlimmerung gesehen, so daß ich die Röntgenbehandlung nur als epilationsbefördernde Behandlung zur Epilation und in den Fällen für unbedingt notwendig halte, wo es sich um die Aufsaugung alter derber Infiltrate handelt. Ebenso habe ich von der Quarzlampe eher Schaden wie Nutzen gesehen. Ganz besonders wichtig ist es, gleich von Anfang an an die Epilation aller erkrankten Stellen zu denken, um von vornherein dadurch zu verhindern, daß der Prozeß in die Tiefe geht. Zu dieser Epilation mit Hilfe der Epilationspinzette gehört natürlich ein Überwachungspersonal. Wir haben es in unserem Lazarett in der Weise eingerichtet, daß jeden Vormittag einige Stunden lang epiliert wird. Die Kranken sitzen oder stehen zu zweien sich gegenüber und epilieren sich gegenseitig unter Aufsicht, so daß jeder Mann mindestens drei- bis viermal die Woche zum Epilieren herankommt. Mehr ließ sich bei der großen Anzahl der Trichophytiefälle auf der Station nicht ermöglichen.

Was die verschiedenen Medikamente anlangt, so habe ich eigentlich alles versucht, was ich in den Lehrbüchern fand und aus eigener Erfahrung kannte. Auch hier habe ich mich wohl von der Wirksamkeit der Methoden, aber nicht von ihrer Unfehlbarkeit überzeugt. Am besten hat sich bei kleinen, umschriebenen Prozessen die Pinselung mit Jodtinktur bewährt und ein nachfolgender Salbenverband mit 2%iger Naphtholschwefelsalbe, oder Pinselung mit ½%igem Naphtholspiritus und Verband mit Naphtholschwefelsalbe, oder Pinselung nach der — soweit ich mich erinnere — Jadassohnschen Vorschrift mit 5%igem Epikarinalkoholäther und nachfolgendem Salbenverband. Auch Pinselungen mit Cignolinbenzol und Cignolinsalbe wirken in einer Reihe von Fällen außer-

[1]) Diese granulomatösen Wucherungen hat schon 1912 Sequeira in der Royal Soc. of Med., Derm. Sektion, erwähnt.

Digitized by Google

ordentlich gut, nur sind sie für die Privatpraxis der Verfärbung wegen nicht brauchbar. Ebenso wirken Lenigallol-, Pyrogallol- und Scharlachsalben und Pyrogallusazeton außerst günstig auf die einzelnen Stellen. Auch Pinselungen mit Sublimat 0,1 — Tinct. Benzoës 10,0 und Bedecken mit Salizylseifenpflaster sind zu empfehlen, wie sich dies überhaupt zum Erweichen alter sykotischer Prozesse (ebenso wie die Wilkinsonsche Salbe) außerordentlich gut eignet. Im allgemeinen kann man nur sagen, daß jede antiparasitäre Behandlung bis zu einem gewissen Punkte nützt, daß aber keine imstande ist, mit Sicherheit zu helfen. Alle diese Methoden verhindern nicht das Weitergreifen. Ist der Prozeß erst einmal in die Tiefe gegangen, so nützen nur Epilationen durch einfaches Epilieren mit der Pinzette oder durch Röntgenbestrahlung. Ich bin allmählich zu der Überzeugung gelangt, daß es in jedem Falle von Trichophytie am besten ist, die Haare an den behaarten Stellen zu epilieren oder durch schwache Röntgenbestrahlung das Epilieren zu befördern. Doch muß auch bei dieser Röntgenbestrahlung Vorsicht geübt werden, da — wie ich vorhin erwähnte — gerade frische Trichophytonfälle durch die Röntgenbestrahlung gereizt werden und zu schweren, tiefen Sykosen auswachsen. Die schweren Fälle von Sykosis bedürfen heißer Umschläge, feuchter essigsaurer Tonerde-, Resorzin-, Borsäure-, Sublimat-Verbände und der Röntgenbestrahlung. Abszesse werden inzidiert, in manchen Fällen müssen die schwammigen Massen in der Tiefe ausgekratzt werden.

Zu meinem Bedauern bin ich noch nicht in der Lage gewesen, mit Trichophytin Versuche anzustellen. Ich habe also hierüber keine eigenen Erfahrungen, beabsichtige aber, Versuche einzuleiten. Ganz auffallend ist, daß — worauf auch schon Fischer hingewiesen hat — manchmal die am schwersten erscheinenden Formen am schnellsten ausheilen, während die scheinbar harmlosen und gutartigen wochen- und monatelang dauern. Die beste Prognose geben die Trichophytien der bartlosen Rekruten; diese gelingt es meist in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. Am schwersten zu behandeln sind die alten Landsturmleute mit ihren starken, derben Bärten, bei denen es fast immer zu den schwersten Formen der Sykosis, namentlich wenn sie vernachlässigt gewesen sind, kommt.

Jedenfalls zeigt diese kurze Betrachtung, daß wir es mit einer ernst zu nehmenden Seuche zu tun haben, deren Einschleppung nach Deutschland vielleicht zu verhindern gewesen wäre, wenn wir an der Front beratende Fachärzte gehabt hätten, die auf die Gefahr der Trichophytie aufmerksam gemacht hätten, und daß wir jetzt alle Hebel in Bewgung setzen müssen, um dieser Seuche, die bereits viele Tausende von Soldaten

Digitized by Google

ergriffen hat, Herr zu werden. Aus diesem Grunde habe ich dieses kleine Mahnwort geschrieben, um die Kollegen, die sich des Ernstes dieser Erkrankung noch nicht bewußt sind, aufzurütteln, und um insbesondere die Fachkollegen zur Besprechung der einschlägigen Fragen anzuregen.

Leo Leistikow †.

Der Ausgang des Jahres 1917 brachte der Hamburger Ärzteschaft wie der kommunalen Vertretung Hamburgs, der Bürgerschaft, einen gleich empfindlichen Verlust. Mit Leo Leistikow starb ein hochangesehener und vielbeschäftigter Dermatologe, starb ein in rastloser ehrenamtlicher Tätigkeit sich verzehrender Bürger unserer Stadt, welchem Entwicklung und Erschließung des Landgebietes vor allem am Herzen lag. Auf dem Landgebiet hatte er selbst sich angesiedelt. Ein ausgezeichneter Landwirt, welcher in der Bestellung seiner Felder und Gärten am liebsten Erholung suchte. Ein glänzender Musiker, welcher am Flügel in den Klängen Wagnerscher Musik seine Erbauung fand, welcher in seinem letzten Willen verlangt hatte, daß auf seinem letzten Gang die Weisen von Siegfrieds Trauermarsch erklängen. So geschah es. Eine überaus große Trauerversammlung aus allen Kreisen der Hamburger Bevölkerung gab dem Toten die letzte Ehre. Nachdem aus Freundesmund sein Bild als vorbildlicher Gatte, Vater, Freund, Mensch und Arzt an uns vorübergezogen, feierte den Politiker, dessen hohes soziales Streben und Schaffen die Erziehung seiner beiden als Berufsoffiziere in dem Kriege bestens bewährten Söhne sichtlich beeinflußt hatte, Dr. Carl Petersen, der Führer der vereinigten Liberalen, deren Fraktion Leistikow angehört hatte.

Unser Lehrer Unna betrauert in Leistikow den langjährigen Gefährten seiner praktischen Tätigkeit. Durch sein gediegenes praktisches Können vervollständigte und ergänzte Leistikow die theoretische Ideenfülle Unnas. Wenn wissenschaftliche Zwecke oder Sorge um die Gesundheit kürzere oder längere Zeit den Meister von Hamburg fortführten: seine Weltklientel konnte er jeden Augenblick in die Hände des treuen Freundes und Schülers legen.

Leistikow war in erster Linie Praktiker, wiewohl er über ein ausgedehntes theoretisches Wissen und eine große Beherrschung der Literatur verfügte. Seine vorübergehende Betätigung als Apotheker — selbst ein Apothekerssohn — in jungen Jahren war die Grundlage seiner chemischen Kenntnisse. Auf die Bereicherung unseres therapeutischen Könnens zielte der größere Teil seiner Publikationen. Die Einführung der Tinctura Liantrali composita, der Tinctura Lithantracis, des Teerfirnisses sind mit seinem Namen verknüpft. Den Teer in allen möglichen Abstufungen und Kombinationen liebte er über alles. Er war ein Künstler in seiner Anwendung. Seine praktischen Erfahrungen hatte er in einer inhaltreichen „Therapie der Hautkrankheiten“ (mit einem Vorwort von P. G. Unna, Leop. Voss, 1897) niedergelegt. Unbestechlich in seinem Urteil hatte er mit freimütiger Kritik die Arbeitsgemeinschaft vertieft, in welche später die Söhne des Lehrers eintraten.

Leistikows eigentlicher ärztlicher Wert lag in seiner innerlich frohen Persönlichkeit, deren sieghafter Optimismus auf die Kranken überstrahlte, lag in seiner vornehmen und bescheidenen Art, mit welcher er im Kollegenkreis von seiner größeren Erfahrung

Digitized by Google

mitteilte. Aus einem vorbildlich schönen Familienkreis, aus einer gesegneten ärztlichen und kommunalen Tätigkeit ist der erst Mitte der fünfziger Jahre stehende gütige Arzt und Helfer durch ein plötzlich einsetzendes Herzleiden gerissen worden. Sein Andenken wird noch lange in Ehren gehalten werden. E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Zur Operation der Phimose, von Langemak. (D. m. W., 1917, Nr. 40.) L. gibt eine neue Methode an, die die dorsale Spaltung mit der Zirkumzision vereinigt. Der Vorzug dieser Operation liegt darin, daß die Naht nach hinten kommt und bei Anlegung des Verbandes unter Zurückziehen der Penishaut sauber gehalten werden kann, wodurch eine Primärheilung erzielt wird. E. Brinitzer-Altona.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Geschlechtliche Potenz und innere Sekretion, von C. Posner-Berlin. (Ther. d. Gegenw., Aug. 1916.) P. gibt in dieser Arbeit einen kurzen klaren Überblick über die historische Entwicklung bis zum gegenwärtigen Stand der Beziehungen der inneren Sekretion zur geschlechtlichen Potenz. Durch die Versuche von Tandler und Gross sowie von Steinach ist die Frage so weit geklärt, daß wir jetzt in den Leydigschen oder interstitiellen Zellen bzw. Zellsträngen die „Pubertätsdrüse" gefunden haben, dasjenige Organ also, das in echter innerer Sekretion die Stoffe dem Kreislauf überliefert, deren Wirkung in Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale und ganz besonders der Libido und der Potenz sich äußert. Die Leydigschen Zellen sind epitheloide, fetthaltige Zellen, meist strang- oder gruppenartig angeordnet, in dem Bindegewebe eingelagert, das die Hodenkanälchen voneinander trennt. In therapeutischer Hinsicht wird man vorläufig darauf angewiesen sein, zur Gewinnung der organotherapeutischen Präparate die Hoden im ganzen zu verarbeiten, da sich anatomisch eine Trennung des interstitiellen Gewebes nicht durchführen läßt. Es wird aber vielleicht gelingen, zu dieser Verarbeitung die Hoden auf künstliche Weise besonders geeignet zu machen durch Abtötung der Keimzellen bei Intaktbleiben oder sogar Wuchern der Zwischenzellen. Prinzipiell gelingt dies z. B. durch Röntgenbestrahlung. Des weiteren haben Versuche von Biedl ergeben, daß bei Hunden mit Alkoholvergiftung die Zellen der Hodenkanälchen zugrunde gehen, während die Zwischenzellen erheblich zunehmen. Als Methode der Darreichung wird die Einnahme per os vor der subkutanen Injektion vorzuziehen sein, da die Gefahr der Anaphylaxie dabei wegfällt. E. Brinitzer-Altona.

Wann ist der Beischlaf befruchtend? von Siegel. (D. m. W., 1915, Nr. 42.) S. stellte bei 100 schwangeren Frauen, deren Männer im Felde waren, die für die Kohabitation in Frage kommenden Tage zusammen und fand, daß eine zur Befruchtung führende Kohabitation nur in den ersten 21 Tagen nach der letzten Regel möglich war. Die Konzeptionsfähigkeit war am 6. Tage nach Menstruationsbeginn am höchsten; bis zum 12. und 13. Tage hält sie sich ungefähr auf gleicher Höhe, fällt dann steil ab, um dann vom 21. Tage ab einer Sterilität Platz zu machen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Behandlung der psychischen Impotenz, von Hans W. Maier-Zürich-Burghölzli. (M. m. W., 1916, Nr. 40.) Es handelt sich um einen belasteten 34jährigen Akademiker, der in achtjähriger Ehe nie den Koitus hatte ausüben können. Bei der Frau wurde das Hymen entfernt, er selbst wurde psycho-therapeutisch behandelt. Kein Erfolg.

Digitized by Google

Maier ließ nun durch Meyer-Ruegg Spermainjektionen bei der Frau ausführen, die Schwängerung gelang, es kam zur Geburt eines gesunden Kindes. Bald nach der Entbindung konnte der Koitus regelrecht ausgeführt werden. Maier hielt sich zu dem Eingriff berechtigt, einmal um der Frau das sehr ersehnte Kind zu verschaffen, dann aber auch, weil er hoffte den Mann dadurch zu heilen, daß die bei jedem Koitusversuch auftretende Angst, wird endlich die Sehnsucht der Frau nach dem Kinde erfüllt werden, wegfiel. Selbstverständlich muß eine intensive Suggestionsbehandlung mitwirken, in dem Sinne, daß nach der Entbindung der Koitus wegen der mechanischen Erleichterung sicher gelingen wird. A. Witte-Bremen.

Weitere Mitteilungen zur Behandlung der sexuellen Insuffizienz mit Testogan und Thelygan, von Iwan Bloch. (M. Kl., 1916, Nr. 3.) Bloch rekapituliert in der Einleitung, wie er, angeregt besonders durch die Arbeiten von Eugen Steinach, allmählich zu der Überzeugung gelangt ist, daß bei der sexuellen Impotenz — besser Insuffizienz — nicht im Zentralnervensystem die primäre Ursache liegt, sondern daß diese erst sekundär durch chemisch wirksame Stoffe der inneren Sekretion beeinflußt wird. Das Endziel der Behandlung muß also eine Wirkung auf die insuffizient wirkenden, innersekretorischen Drüsen sein. Yohimbin und Muriazithin kommen höchstens durch ihren Einfluß auf die niederen Sexualzentren als die Wirkung der Organotherapie beschleunigende Adjuvantien in Betracht. Bloch zitiert in der vorliegenden Arbeit neue Mitteilungen, die ihm von Kollegen, die seine Testogantherapie teils an sich selbst, teils in ihrer Praxis angewendet haben, gemacht worden sind, und die durchweg sehr günstig lauten. Noch frappanter waren die Erfolge, wenn den Mitteln noch wirksamere Substanzen aus der Thyreoidea beigefügt wurden. Bloch gibt drei Krankengeschichten wieder, die ihm von einem Kollegen zur Verfügung gestellt worden sind; dieselben geben einen deutlichen Aufschluß über die große Wirksamkeit von Thyreo-Testogan und Thyreo-Thelygan bei Insuffizienz der innersekretorischen Organe; besonders gut hat sich das letztere bei Frauen bewährt, die infolge von Menstruationsanomalien in ihrem ganzen seelischen und körperlichen Befinden schwer beeinträchtigt waren. Bloch spricht dann von seinen eigenen günstigen Erfolgen; auch bei Sexualneurasthenie von Kriegsteilnehmern hat er solche erzielt; er kombiniert gern die Verabreichung per os mit der subkutanen Applikation. Auch rektal können die Präparate ohne Schädigung des Darmes angewendet werden. Bloch schlägt vor, die Dosis dann um $^1/_3$ zu steigern, da er annimmt, daß vom Darm aus nur $^2/_3$ resorbiert werden. O. Lasch-Breslau.

Über den Einfluß der Kastration auf den Larynx der großen Haussäugetiere, von Josef Schreiber-Wien. (Anat. Anz., 1916, Bd. 49, Nr. 5—6.) Die im Jugendstadium ausgeführte Kastration der männlichen Individuen unserer großen Haussäugetiere übt einen wachstumsändernden Einfluß auf den Larynx aus. Beim Pferd besteht diese Beeinflussung in einer Abänderung der Formbildung der Knorpel und in einer Verkürzung der Ligamenta vocalia. Der Larynx der frühkastrierten Rinder bleibt auf einer mehr infantilen Stufe, welche an Größe und Form dem weiblichen Kehlkopf nahesteht. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Geschlechtsdrüsen-Überpflanzung, von G. Frank Lydeton. (J. Am. m. Assoc., 1916, Nr. 20.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von männlichen Geschlechtsdrüsenüberpflanzungen. In keinem Falle kam es zu einem Verschwinden oder zu einer Veränderung des eingepflanzten Gewebes während der 1—18monatlichen Beobachtungszeit. K. Boas-Rostock.

Über Lipomata scroti, von Dubinsky-Bern. (Zschr. f. urol. Chir, 1916, Bd. 3, H. 5.) Die Entwicklung von Fettgeschwülsten im Hodensack wird selten beobachtet. In der spärlichen Literatur fügt der Verfasser einen neuen Fall zu, der als Lipom des Skrotums

Digitized by Google

beschrieben wird. Die linke Skrotalhälfte ist stark vergrößert. Am oberen Ende des Sackes steht ein kugliger Körper vor, der die Haut vorwölbt. Nach unten innen ist ein derber, lappiger Tumor zu fühlen von Apfelgröße. Nach unten zeigt er einen dünnen, leicht gelappten Stiel bis zum Grunde des Skrotums. Druck ist nicht schmerzhaft. Der Tumor läßt sich leicht abgrenzen, aber nicht ganz trennen. Aus der derben Konsistenz, dem lappigen Bau, der vollkommenen Unempfindlichkeit des Tumors wäre die Diagnose als Lipom des Skrotums gestellt. Die Operation bestätigt die klinische Diagnose. Das Präparat ist platt oval, 10—12 cm lang, 6 cm breit und 2 cm dick, es ist sehr großlappig, von gleichmäßig gelblicher Farbe und ziemlich derber Konsistenz. Nur an seinem unteren Ende zeigen sich mehrere kleine isolierte Lipomknoten. Mikroskopisch besteht der Tumor aus Fettgewebe mit ziemlich großen Fettzellen und mäßig zahlreichen Blutgefäßen. Der Tumor hat seinen Ausgang von der Tunica dartos am Fundus des Skrotums genommen. W. Chrzelitzer-Posen.

Primäres peritheliales Sarkom des Samenstrangs. Bericht über einen Fall von Adolph Brand-New York. (New York m. J., 2. Sept. 1916.) Am Samenstrang sind verschiedene Formen von Neubildungen schon gefunden worden: Lipome, Fibrome, Myome, Myxome, Myxolipome, Sarkom, Karzinom usf.; von den gutartigen ist Lipom am häufigsten, von den bösartigen Sarkom. Maligne Neubildungen des Samenstranges können in jedem Alter vorkommen, aber vor allem bei Männern mittleren und höheren Lebensalters. In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen 28jährigen Mann, der sechs Wochen nach einer Harnröhrenblennorrhoe wegen eitriger, hämorrhagischer Orchitis operiert wurde und ein Jahr später mit einer Geschwulst am linken Hoden, die nach des Patienten Angabe etwa zwei Monate nach der Orchidektomie begonnen habe sich zu entwickeln, sich vorstellte. Die Diagnose wurde auf Neubildung des Samenstrangs gestellt, dieselbe gründlich entfernt, und mikroskopisch ergab sich das Bild eines Perithelioms oder perithelialen Sarkoms. Die interessanteste Frage bei diesem Falle ist die ätiologische: die Annahme, daß der frühere Eiterungsprozeß im linken Hoden und der dadurch bedingte chirurgische Eingriff die Rolle eines Traumas bei der bald folgenden Entwicklung der Neubildung im Samenstrang bildete, ist wohl einigermaßen gerechtfertigt. Außerdem sind der günstige Verlauf — zwei Jahre nach der letzten Operation erfreut sich Patient noch bester Gesundheit — und das Alter desselben in Anbetracht einer bösartigen Geschwulst weitere bemerkenswerte Tatsachen. M. Stern-München.

Über das Lymphangiom des Samenstrangs, das Ligamentum rotundum und der Leistenbeuge, von Karl Wiesner-Breslau. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 104, H. 1.) Verfasser schildert zwei operierte Fälle von Lymphangiom, die vor der Operation als solche nicht zu erkennen waren, daran anschließend die bisher beschriebenen gleichartigen Fälle und geht dann auf die Differentialdiagnose des näheren ein. Es zeigt sich eine weiche, wenig resistente Anschwellung, ober- oder unterhalb der Leistenbeuge. Fluktuation und Transparenz. Vollständige Reposition ist nicht möglich. Die Verwechslung mit einer Hernie wird auf Grund der klinischen Geschichte leicht dadurch herbeigeführt, daß intermittierend auftretende Entzündungen des Lymphangioms eine gewisse Ähnlichkeit mit einer Brucheinklemmung, speziell einer Netzinkarazertion, darbieten können. Eine solche intermittierende Entzündung findet man bei dem Lymphangiom ziemlich häufig. Plötzlich heftige Schmerzen, die Geschwulst vergrößert sich, Fieber bis 40°, starkes Erbrechen. Küttner hält diese intermittierende Entzündung für eine Infektion, die verschieden schwer verläuft, die von selbst zurückkehrt — aber auch zur septischen Allgemeininfektion führen kann. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Erhaltung des Hodens bei Ektopie, von J. Philipewicz. (W. kl. W., 1917, Nr. 8.) Beschreibung der Operation eines Patienten mit doppelter Inguinalhernie und

Digitized by Google

linken ektopischen Leistenhoden. Hierbei wurde besonderer Wert auf die Erhaltung des Ligamentum Hunteri gelegt. Die Erwähnung eines zweiten Falles dient dazu, eine Technik anzugeben, welche das Zurückschlüpfen des Hodens nach der Orchidopexie im Skrotum verhindert. H. Vörner-Leipzig.

Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung, von EICHHORST-Zürich. (Zbl. f. d. ges. Med., 1917, Nr. 8.) Mitteilung eines Falles von epidemischer Parotitis, bei dem auf der einen Seite eine Hoden- und auf der anderen Seite eine Nebenhodenentzündung auftrat und bei dem zeitweise auch auf der gleichen Seite Hoden und Nebenhoden erkrankt war. Es handelt sich also bei der Parotitis epidemica keineswegs ausnahmslos um eine Hodenentzündung, wie EICHHORST es auch schon früher an zwei Fällen feststellen konnte. E. Brinitzer-Altona.

Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung, von EICHHORST-Zürich. (Z. f. innere Med., 1917, Nr. 8.) EICHHORST teilt einen Fall von epidemischer Parotitis mit, bei dem zuerst der linke Hoden erkrankte, wenige Tage später folgte eine rechtsseitige Nebenhodenentzündung, auch der rechte Hoden zeigte ein vereinzeltes entzündliches Knötchen. A. Witte-Bremen.

Über das Adenomyom des Nebenhodens, von J. SAKAGUCHI-Tokio. (Frankf. Zschr., 1916, Bd. 18., Heft 3.) Kasuistischer Beitrag. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Diagnose der hauptsächlichsten Formen von Nebenhodenentzündung, von LINSER-Tübingen. (Beitr. z. kl. Chir., 1916, Bd. 104, H. 1.) Der Verfasser macht darauf aufmerksam, daß die Syphilis des Nebenhodens sehr häufig übersehen wird; die Wassermannsche Reaktion ist auf alle Fälle zur Differentialdiagnose heranzuziehen. W. Chrzelitzer-Posen.

Behandlung der akuten Epididymitis mit Punktion, von H. W. E. WALTHER. (M. Record, 2. Okt. 1915.) Verf. macht bei Epididymitis die mehrfache Punktion und hat sehr gute Erfolge damit erzielt. Der Schmerz schwindet sofort, Schwellung und Fieber gehen in den nächsten 6—12 Stunden zurück. R. Frühwald-Leipzig.

Über primäre Epididymitis, von GÖSTA ÅHMANN-Aahman. (Hygiea, 1916, Bd. 78, H. 13.) Der Verfasser berichtet über vier Fälle, die er als primäre Epididymitis ansieht, d. h. Blennorrhoe, die sich einen oder einige Tage nach dem infizierenden Koitus mit Epididymitis und einer nahezu gleichzeitigen Urethritis posterior offenbarte. In allen vier Fällen sind es Patienten, die Verfasser anläßlich einer Syphilisbehandlung viele Jahre unter Beobachtung gehabt und die er persönlich als ehrlich und gewissenhaft in ihren Angaben kennengelernt hat. Keiner hat vorher Blennorrhoe gehabt, und bei den aus anderen Anlässen gemachten fleißigen Harnuntersuchungen zeigten sich keine Zeichen, die auf überstandene Blennorrhoe gedeutet hätten. In einem der Fälle hatte Verfasser Gelegenheit, kurz vorher die Prostata und deren Sekret zu untersuchen, welche normal befunden wurden. Alle Fälle führten zur Genesung und hinterließen keine Veränderungen der Prostata oder deren Sekretes. Verfasser hält deshalb mit allergrößter Wahrscheinlichkeit jede Verwechslung mit Blennorrhoerezidiv für ausgeschlossen. Alle Fälle hatten gemeinsam, daß sie unmittelbar nach schweren sexuellen Exzessen auftraten. Im Zusammenhang hiermit gibt Verfasser eine kurze Übersicht über das, was man bisher von der allgemeinen Pathogense der blennorrhoischen Epididymitis zu wissen glaubt und hält sich dabei besonders bei OPPENHEIM und Löws Untersuchungen über die antiperistaltischen Bewegungen des Vas deferens auf. (Virch. Arch., 1905.) W. Holland-Kristiania.

Digitized by Google

c. Prostata.

Die menschliche Prostata im mittleren Lebensalter, von Oswald S. Lowsley-New York. (M. Record, Bd. 90, Nr. 1, 1. Juli 1916.) Die Arbeit bietet eine eingehende makroskopische und mikroskopische Studie über die Prostata im dritten, vierten und fünften Lebensdezennium. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Kenntnis des Climacterium virile, insbesondere über urosexuelle Störungen und Veränderungen der Prostata bei ihm, von Max Marcuse in Berlin. (Neurol. Zbl., 1916, Nr. 14.) In der vorliegenden Arbeit betont Marcuse mit der ihm eigenen intensiven Art und zwingenden Logik das Vorkommen eines Climacterium virile. Zugleich verbreitet er sich über die Rolle, welche die Prostata als innersekretorisches Organ dabei spielt. Am Schlusse erwähnt Marcuse, daß er von der Organotherapie, speziell dem Blochschen Testikulin und dem Bergschen Hormin, gute Erfolge gesehen habe. Die Arbeit muß im Original gelesen werden; sie eignet sich nicht zum Referieren.
O. Lasch-Breslau.

Notiz, betreffend Beziehungen zwischen Prostata-Hypertrophie und Hoden, von G. Praetorius in Hannover. (M. Kl., 1916, Nr. 22.) In einer kurzen Notiz bringt Praetorius ohne jeden sonstigen Kommentar folgenden kasuistischen Beitrag über die Beziehungen zwischen Prostatahypertrophie und Hoden. Er fand bei einem 75jährigen Manne, der infolge eines vor 40 Jahren erlittenen, schweren Traumas (Quetschung) eine Atrophie des rechten Hodens hatte, bei der Untersuchung per rectum nur die rechte Hälfte der Drüse hypertrophiert bis zum Vier- bis Fünffachen der linken Hälfte. Der vergrößerte Teil schnitt genau in der Mittellinie ab, war von regelmäßiger Form und mittelweicher Konsistenz; die linke Hälfte der Drüse völlig normal. Bei der zystoskopischen Untersuchung findet sich gleichfalls eine halbseitige Hypertrophie; doch ist hier die linke Hälfte des Mittellappens erheblich vergrößert, während die Sphinktergegend rechts, fast genau von der Mitte an normale Größenverhältnisse aufweist.
O. Lasch-Breslau.

Behandlung der chronischen Prostatitis in der allgemeinen Praxis, von William J. Robinson-New York. (M. Record, 5. Dez. 1914.) Die Behandlung der chronischen Prostatitis ist allgemein und lokal. In ersterer Hinsicht: Bekämpfung der Obstipation, leichte Diät, Einschränkung des Alkohols, Hebung des Allgemeinzustandes, Duschen. Die wichtigste lokale Maßnahme ist die Massage, die aber in kundiger Weise ausgeführt werden muß, um nicht zu schaden. Dazu kommen heiße rektale Duschen und heiße Sitzbäder. Natürlich müssen pathologische Zustände der Urethra, Kollikulitis, Urethritis posterior, Strikturen gleichzeitig behandelt werden.
R. Frühwald-Leipzig.

Einige Gedanken über Prostatektomie, von Henry H. Morton-New York. (New York m. J., 9. Sept. 1916.) Nach kurzer Beschreibung der drei Stadien der Prostatahypertrophie erklärt M., eine sehr wichtige Probe bei deren Diagnose und Operationsmöglichkeit bilde die sezernierende Fähigkeit der Nieren; bei niederem spezifischem Gewichte des Urins sollte nicht operiert werden, und jedesmal, wenn sich M. in solchen Fällen zur Operation verleiten ließ, mußte er es nachträglich bedauern. Der ideale Fall zur Prostatektomie ist ein Patient im zweiten Stadium, wo die Insuffizienz der Blase im Beginn und nicht sehr ausgesprochen, wo vielleicht eine geringe Menge von Residualharn, keine Zystitis vorhanden und die Nieren gesund sind. 43 Patienten mit Prostatahypertrophie im Alter von 57—82 Jahren wurden von M. operiert; von diesen starben sechs, wovon aber zwei, bei welchen schon vorher die Prognose eine ganz schlechte war, die Mortalitätsziffer würde also etwa 10% betragen. Könnte man die

Digitized by Google

Fälle in ganz geeigneter Weise auswählen, so würde die Mortalität sicher auf 5% und noch weniger herabsinken: bei Leuten bis zu 65 Jahren, die sich sonst wohlbefinden, gute Nieren und ein gutes Herz haben; aber die alten Männer mit schlechten Nieren und Urosepsis bringen den Mortalitätssatz höher. M. macht es jeweils vom Falle abhängig, ob von oben oder unten operiert wird, glaubt auch, es sei wenig Unterschied, welcher Chirurg die Operation macht, sondern von besonderer Wichtigkeit seien die Einzelheiten der Vorbereitungen vor derselben und die postoperierten Maßnahmen, worüber M. sich in eingehender Weise ausspricht. M. Stern-München.

Die Resultate der Prostatektomie, von H. Coenen und Technau-Breslau. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 110, H. 2.) Unter 27 nach einheitlichem Prinzip ausgeführten Operationen haben die Verfasser 25 gute Resultate und 2 Mißerfolge durch Striktur und Tod zu verzeichnen. Die Todesfälle durch Lungenkomplikationen und Infektion sind zu vermeiden. Keine Allgemeinnarkose — sondern Lumbalanästhesie. Dagegen ist die primäre Entwicklung der postoperativen Striktur nicht zu verhindern, wohl aber durch unblutige Erweiterung abzuschwächen und so auszuschalten. Das primäre Einlegen des Katheters gleich im Anschluß an die Operation würde nichts nützen, denn die Striktur bildet sich erst in den späteren Wochen. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fibrom der Prostata, von Th. Naegeli-Bonn. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 110, H. 2.) Patient 43 Jahre. Seine Beschwerden sind der durch Prostatahypertrophie gleich. Operation ergibt einen harten Knoten, der histologisch als Fibrom diagnostiziert wird. W. Chrzelitzer-Posen.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Zur Theorie des Residualharns, von Victor Blum. (W. kl. W., 1917, Nr. 39.) Die Ursachen, welche zur Retention des Residualharns führen, liegen 1. in krankhafter Innervation und 2. in der Veränderung des Blasenmuskels. Die Ursachen der Inkontinenz werden erörtert. Am Schluß folgen verschiedene Blasenformen im Röntgenbilde. H. Vörner-Leipzig.

Organisatorische und klinische Erfahrungen in der Sammelstelle für Nierenkranke einer k. u. k. Armee im Felde, von Julius Schütz. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Der Bericht stützt sich auf 500 Fälle. Die individuelle Behandlung ist möglich. Wichtig ist die Bestimmung des Blutdruckes für die Überwachung der Dosierung körperlicher Leistungen und für die Diät die Bestimmung des Eiweißgehaltes. Zweckmäßig sind periodische Untersuchungen. H. Vörner-Leipzig.

Die Nephritis bei Kriegsteilnehmern, von Josef Sladek. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Der Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen und literarischen Studien zu der Ansicht, daß die Ätiologie der Kriegsnephritis nicht einheitlich ist. Erkältung und einseitige Ernährung wirken disponierend, die eigentliche Ursache ist wahrscheinlich eine Infektion. Pathologisch-anatomisch finden sich keine Besonderheiten. Erythrozyturie und Neigung zu Ödem weisen auf eine Schädigung der Kapillaren sowohl der Niere als des Gesamtorganismus hin. Der Blutdruck ist meistens (75%) normal im Gegensatz zur Glomerulonephritis. Nur wenige Fälle heilen glatt, die meisten werden chronisch. H. Vörner-Leipzig.

Nierenerkrankungen bei Kriegsteilnehmern, von Wilhelm Preminger. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Anamnestisch kommen durchgemachte Strapazen, frühere Infektionen, Potus und allgemeine Schwäche in Betracht. Die unmittelbare Veranlassung war meist starke Durchkältung. Die Frühsymptome, Dyspnoë und Ödeme, in objek-

Digitized by Google

tivem und subjektivem Befund werden kurz skizziert. Ausführlicher wird die Röntgenuntersuchung des Herzens und der Aorta berücksichtigt. Weiter folgen Bemerkungen über Blutdruck, Leber-, Milz- und Nierenveränderung. Die Therapie nimmt von reinen Milchkuren Abstand, verwendet Trinkkuren mit Marienbader Rudolfsquelle.

H. Vörner-Leipzig.

Was ist Kriegsnephritis? von A. Brosch-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 4—5.) Der Verf. berichtet zunächst über 21 Sektionsbefunde. Die Ergebnisse derselben sowie die mannigfachen Symptome, welche sich bei diesen Nephritisfällen finden, weisen darauf hin, daß die Ursache derselben auf einer Avitaminose beruht. Die Bedingungen für das Entstehen dieser Ernährungsstörung liegen in den Anstrengungen der Winterfeldzüge im Verein mit dem Mangel an frischer, vitaminreicher Kost.

H. Vörner-Leipzig.

Über die in diesem Kriege beobachtete neue Form akuter Nephritis, von B. Ullmann. (B. kl. W., 1916, Nr. 38.) Verf. beobachtete eine Anzahl Nephritiden hämorrhagischen und gleichzeitig desquamativen Charakters, deren gleichmäßiger vom gewöhnlichen Typus abweichender Befund ihn diese Form von anderen Nierenerkrankungen differentialdiagnostisch abgrenzen und eine besondere Krankheit und zwar eine akute Infektionskrankheit annehmen ließ. Eine Besonderheit bot der mikroskopische Befund des Urinsediments: Zylinder verschiedenster Art, hyaline, granulierte, besonders viele Blutkörperchenzylinder; daneben eine große Menge sowohl kubische wie Bürstenepithelien und außerordentlich zahlreiche rote Blutkörperchen, es fehlten aber gänzlich Leukozyten. Abweichend erschien ferner Verf. die Wandlung dieses Bildes im weiteren Verlauf: erst verschwanden nach wenigen Tagen die Epithelien, dann die Zylinder, und es kam eine lange Zeit reiner Hämaturie; allmählich traten dann Leukozyten auf, die immer reichlicher wurden, während die roten Blutkörperchen abnahmen. Auch nach Verschwinden der Zylinder hielt die starke Albuminurie an. Schließlich weichen auch die weißen Blutkörperchen und die Albuminurie. Auch Beginn, Verlauf und sonstige klinische Symptome zeigten charakteristische Merkmale: außerordentlich akuten Beginn aus voller Gesundheit, plötzliches Auftreten starker Ödeme mit geringer Neigung zum Schwinden, schnelles Abklingen des Fiebers. Abarten zeigten sich in Form von 1. pyelitis- und zystitisähnlichen Erkrankungen, 2. Ödemen ohne morphologische und chemische Urinveränderung, 3. reiner Albuminurie ohne Ödeme, letztere als zugehörig nur dann zu erkennen, wenn sie gleichzeitig und untermischt mit typischen Fällen auftritt. Die Pathogenese besteht nach Verf. in einer Schädigung der Wandungen der Kapillargefäße durch die sich hauptsächlich im Urinsystem und hier wieder vorzugsweise in den Nieren lokalisierende allgemeine Infektion des Körpers. Der Verlauf erstreckte sich in einzelnen Fällen nur über wenige Wochen, in anderen über viele weitere. Der Ausgang war mit wenigen Ausnahmen ein günstiger. Verf. wandte eine indifferente Behandlung mit Ruhe und reizloser Kost ohne Flüssigkeitsentziehung an.

E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Reg.-Arzt d. R. Prof. Rudolf Winternitz in Prag erhielt das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens mit der Kriegsdekoration.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. März 1918 | Nr. 11 | Band 66

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

I.

Allgemeiner Einfluß des Krieges auf die Geschlechtskrankheiten und Besonderheiten in deren Auftreten.

Noch befinden wir uns mitten im Toben des größten aller Kriege, erleben täglich erneut die Schrecken und Leiden, die er verbreitet, und können sein Ende, wenn auch hier und da ein schwacher, Frieden verheißender Hoffnungsstrahl aufzuckt, nicht absehen, und doch erscheint es auf den verschiedensten Gebieten angebracht, schon jetzt die Erfahrungen, die der Krieg gezeitigt, zu sammeln und kritisch zu beleuchten, und für die gewiß nicht leichten Zeiten nach Friedensschluß, die Periode der „Übergangswirtschaft", Vorsorge zu treffen. Das hygienisch und bevölkerungspolitisch so wichtige Gebiet der Geschlechtskrankheiten ist Gegenstand zahlreicher Veröffentlichungen geworden, die sich auch auf die, eine ihrer wesentlichsten Quellen darstellende Prostitution erstrecken; sie sind zurzeit spärlicher geworden und lassen erkennen, daß man hier zu einem gewissen Abschluß gekommen ist, so daß der Versuch, zusammenfassend über sie zu berichten, nicht als unangebracht erscheinen wird.

Wir werden uns mit dem schon von alters her bekannten Einfluß des Krieges auf das Auftreten der Geschlechtskrankheiten, der Bedeutung, die diese für das Heer und seine Wehrfähigkeit haben, mit den vorbeugenden Maßnahmen, die zum Schutze des Heeres gegen sie ergriffen worden sind, und der Verbreitung, die sie trotzdem gefunden haben, sowie mit ihrer Behandlung beim Heere zu beschäftigen haben, und da es sich um in ihrer Masse noch nie gesehene Volksheere handelt, die in dauerndem Zusammenhange mit der Heimatsbevölkerung stehen, und deren sanitäre Verhältnisse schon während des Krieges wesentlich beeinflussen, haben wir auch die Bedeutung des Krieges für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heimatsgebiete, die Maßnahmen,

Digitized by Google

die gegen die Gefahr einer weitgehenden Durchseuchung besonders für den Fall der Demobilisierung zu treffen sind, sowie die allgemeinen bevölkerungspolitischen Maßnahmen, die die Zeit nach dem Kriege infolge der zahlreichen aus ihm sich ergebenden neuen Gesichtspunkte erfordern wird, und die damit in engem Zusammenhange stehenden Vorschläge zur Neuregelung des Prostitutionswesens zu betrachten.

Inwieweit durch den Krieg wirklich ein weiteres Umsichgreifen der Geschlechtskrankheiten bewirkt worden ist, wird später zu erörtern sein; hier sei zunächst auf eine indirekt damit zusammenhängende Zunahme der Syphilis hingewiesen, die v. Crippa (1) von dem Abweichen von der altbewährten Quecksilberbehandlung und der ausschließlichen Salvarsanbehandlung befürchtet, wodurch so behandelte Kranke zu ausgiebigen Infektionsquellen würden. Wenn auch in seinen Darlegungen eine Voreingenommenheit gegen das Salvarsan nicht zu verkennen ist, so darf die schon im Frieden hervorgehobene Gefahr, die in der schnellen Beseitigung der äußerlich sichtbaren Erscheinungen verbunden mit dem durch die Veröffentlichungen der ersten Salvarsan-Periode beim Publikum wachgerufenen Glauben, durch eine oder wenige Einspritzungen endgültig geheilt zu werden, nicht übersehen werden, zumal die Kriegsbehandlung der Syphilis sich vielfach mit der Beseitigung der sichtbaren Erscheinungen befriedigt erklärt. Es kann aber eine latente Lues, abgesehen von den bei ungenügender Behandlung zu befürchtenden häufigeren oder schwereren Rückfällen bzw. Folgeerscheinungen und der erhöhten und länger andauernden Infektiosität, auch für den Krieg selbst von Bedeutung werden, indem sie, wie Finger (2) hervorhebt, den Heilungsverlauf einer Kriegsverletzung ungünstig beeinflußt. Ist die Neigung der Syphilis, schon frühzeitig das Zentralnervensystem anzugreifen, erst in den letzten Jahren richtig gewürdigt worden, so ist dies nach Jadassohn (5) im Kriege um so bedeutungsvoller, als dieser schon immer im Rufe stand, schon an und für sich zu Tabes zu disponieren.

Finger (3, 4) glaubt, daß während des Krieges das Ulcus molle häufiger und virulenter geworden sei; er verzeichnet auch eine Zunahme der Vulvo-Vaginitis kleiner Mädchen und der extragenitalen Primäraffekte. Letztere stiegen nach Stein (8) in der Ambulanz der Universitätsklinik von 4% auf 6%. Zeigen sich so schon Besonderheiten im Auftreten der Geschlechtskrankheiten, so sollte es dem Krieg vorbehalten bleiben, gewissermaßen neue Geschlechtskrankheiten zu produzieren, und zwar Geschlechtskrankheiten, die eigentlich keine sind. Nicht jeder zum Heere eingezogene Mann ist ein Held, und so führte die von den Leuten beobachtete Möglichkeit, durch Geschlechtskrankheiten von dem Dienste besonders an der Front loszukommen und längeren Lazarett- und Heimats-

Digitized by Google

urlaubs teilhaftig zu werden, zu der von Lipschütz (6) beschriebenen artefiziellen Erzeugung von Geschlechtskrankheiten, bei der durch stark reizende Einspritzungen Verschorfungen der Harnröhre, sowie durch Verätzungen Geschwüre hervorgerufen wurden, die einem Ulcus molle und selbst einer Sklerose täuschend ähnlich sahen. W. Pick (7) sah diese Simulation von Geschlechtskrankheiten besonders an der Front, wo die Gelegenheit, natürliche Geschlechtskrankheiten zu erwerben, oft unmöglich ist, und zwar in 5—7 % aller Fälle; er gibt eine eingehende Schilderung der zur Beobachtung kommenden Formen, unter denen sich auch künstlich hervorgerufene Früh- und Spätformen allgemeiner Syphilis (Papeln am Skrotum, gummöse Hautgeschwüre) fanden, und der zu ihrer Erzeugung verwandten Mittel und bespricht die wichtige Differentialdiagnose von den entsprechenden wirklichen Krankheitserscheinungen. Die rechtzeitige Erkenntnis, worum es sich handelt, sei wichtig, um das beste Abschreckungsmittel, die baldige Rücksendung zum Truppenteil, schleunigst zur Anwendung bringen zu können. Während in diesen Fällen der freie Wille der Betreffenden für die Erkrankung maßgebend ist, dürfte gerade das Gegenteil der Fall sein, bei der eines tragischen Beigeschmacks nicht entbehrenden, von Wolff (9) in einem Lazarett beobachteten Infektion eines Rekonvaleszenten mit Tripper durch eine Rote-Kreuz-Schwester.

Literatur.

1. v. Crippa, J. F., Ein Beitrag zum Kapitel: Dermatologische Kriegserfahrungen. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, H. 2. — 2. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 3. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 4. Finger, E., Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege. M. Kl., 1916, Nr. 23. — 5. Jadassohn, J., Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten im mobilisierten und im Kriegsheer. Schweiz. Korr. Bl., 1915, Nr. 12. — 6. Lipschütz, Dermatologische Beobachtungen während des Krieges. III. Der Einfluß des Krieges auf das Auftreten von Haut- und Geschlechtskrankheiten W. kl. W., 1917, Nr. 26. — 7. Pick, W., Die Simulation von Geschlechtskrankheiten. M. Kl., 1917, Nr. 6. — 8. Stein, R. O., Der Einfluß des Krieges auf die Verbreitung der venerischen Affektionen auf die Zivilbevölkerung. W. m. W., 1916, Nr. 28. — 9. Wolff, Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere und ihre Verhütung. Mitt. D. Ges. Bek. Geschlechtskrkh., 1915, Bd. 13, Nr. 1.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten zu Dortmund
(Leitender Arzt: S. R. Dr. Fabry).

Die Behandlung der Syphilis mit Novasurol.

Von

Dr. med. Wilhelm Eitel, Assistenzarzt der Klinik.

Seit Oktober vorigen Jahres bringen die Elberfelder Farbwerke (vorm. Friedr. Bayer & Co.) unter der Bezeichnung „Novasurol" ein neues Quecksilberpräparat zur Syphilisbehandlung in den Handel. Obwohl das Präparat sich bei mehrjähriger klinischer Prüfung als wertvolle Bereicherung unserer Antisyphilitika erwiesen hat, kommt es erst jetzt in den Verkehr, weil die Herstellung einer dauernd haltbaren Lösung anfangs Schwierigkeiten begegnete.

Die Firma Bayer stellte unserer Klinik seit dem Sommer 1915 das Präparat in Substanz in reichlichen Mengen zur Erprobung an unserem großen Luesmaterial zur Verfügung. Wir stellten eine 10%ige Lösung in Aq. dest. her und gaben von dieser Lösung 1 ccm einen um den anderen Tag.

Das Novasurol sollte das in den früheren Jahren von derselben Firma in den Handel gebrachte Asurol ersetzen, da dieses sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen gezeigt hatte, die einer ausgedehnteren Verwendung hinderlich waren. Bei allem Skeptizismus gegenüber den vielen neuen Präparaten, mit denen der Markt seit Jahren überschwemmt wird, haben wir in dem Novasurol nach unseren Erfahrungen ein wertvolles neues Medikament erhalten.

Chemisch ist das Novasurol eine Doppelverbindung von Oxymerkurichlorphenoxylessigsaurem Natrium mit Diäthylmalonylharnstoff. Es ist eine organische komplexe Quecksilberverbindung, welche 33,9% Hg in nicht ionisierbarer Form enthält und in Wasser mit neutraler Reaktion löslich ist. Trotz der guten Wasserlöslichkeit fehlt die stürmische Wirkung der Hg-Salze und der Effekt hält länger an, so daß das Novasurol den unlöslichen Hg-Präparaten näher steht. Nach toxikologischen Versuchen führt eine sicher tödliche Dosis erst nach 12—20 Tagen ad exitum, während die gewöhnlichen Hg-Salze schon nach 2—3 Tagen den Tod herbeiführen. Das Hg im Novasurol scheint hiernach länger im Körper zu bleiben und erst allmählich zur vollen Wirkung zu gelangen.

Das Präparat kommt in Packungen zu 10 Ampullen à 2,2 ccm der 10%igen Lösung in den Handel. 2 ccm enthalten 0,0678 g Hg. Man kann somit dem Körper verhältnismäßig große Mengen Hg in kurzer

Digitized by Google

Zeit einverleiben und zwar nach unseren Erfahrungen ohne irgend welche Schädigung.

Wir haben das Novasurol bei mehreren 100 Patienten und zwar in allen Stadien der Lues in Anwendung gebracht. Eine größere Anzahl Patienten haben wir zunächst nur mit Novasurol behandelt, um die Wirksamkeit des Präparates auf die verschiedenen Manifestationen der Lues besser beurteilen zu können. In den allermeisten Fällen schwanden bei dieser Therapie die luetischen Symptome auffallend schnell. Erosivschanker und Sklerosen epithelisierten bald. Die verschiedenen Formen der luetischen Exantheme und Enantheme schwanden prompt; auch tertiäre Formen heilten, wenn auch langsamer, restlos. Bei maligner Lues mußten wir jedoch bald zur Kombination mit Salvarsan übergehen, da hier nur geringe Wirkung zu verzeichnen war.

Bei einigen ziemlich schweren Fällen von Säuglingssyphilis war das Resultat ein sehr günstiges. Die Kinder vertrugen das Präparat sehr gut (1 %ige Lösung 0,5 ccm 2—3mal wöchentlich) und blühten unter dieser Therapie schnell auf. Erwachsene und Kinder nahmen fast ausnahmslos im Verlaufe der Kur an Gewicht zu.

Dem häufiger beobachteten Umschlagen der positiven Wassermannschen Reaktion in eine negative nach 15 bzw. 20 Injektionen Novasurol will ich keinen besonderen Wert beimessen, da wir wissen, daß es sich hier fast stets um eine vorübergehende Erscheinung handelt.

Obwohl das Novasurol, wie erwähnt, den unlöslichen Präparaten in bezug auf Dauerwirkung näher steht wie die meisten übrigen löslichen Präparate, so traten in einer größeren Anzahl von Fällen, wie kaum anders zu erwarten, Rezidive schneller auf wie nach unlöslichen Präparaten. Alle löslichen Präparate sind natürlich ungeeignet die Wirkung von Depotinjektionen zu ersetzen, dazu ist die Ausscheidung aus dem Organismus eine viel zu rapide. Eine Therapie der Lues nur mit Novasurol (in Kombination mit Salvarsan) wird stets eine ungenügende bleiben. Zur raschen Beseitigung ansteckender Symptome haben wir jedoch im Novasurol ein hervorragendes Mittel. Wir können Patienten schneller ohne große Gefahr für ihre Umgebung aus der Krankenhausbehandlung in die ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Einige weitere Vorzüge sind dem Novasurol eigen. Nicht zu unterschätzen ist die völlige oder doch außerordentlich geringe Schmerzhaftigkeit der Injektionen. Leider entziehen sich ja immer noch sehr viele Patienten einer energischen antiluetischen Kur, um erst nach geraumer Zeit wieder in der Sprechstunde mit schweren Rezidiven zu erscheinen. Als Grund des Fernbleibens geben sie sehr häufig auch die Schmerzhaftigkeit der Hg-Injektionen an, und selbst solche, die es mit ihrer

Digitized by Google

Wiederherstellung genauer nehmen und sich der angeordneten Kur unterwerfen, klagen oft darüber, daß sie an dem Tage der Injektion kaum arbeitsfähig sind, besonders wenn sie wie ein großer Teil unserer poliklinischen Patienten, als Bergleute oder Hüttenarbeiter schwere körperliche Arbeit zu leisten haben. Alle diese Patienten waren nun von der Schmerzlosigkeit der Novasurolinjektionen überrascht und kamen prompter als sonst zur Behandlung. — Für die fast ausnahmslos viel empfindlicheren weiblichen Patienten gilt dasselbe. Die meisten erklären die Novasurolinjektionen für gänzlich oder nahezu schmerzlos. Als ich auf unserer Polizeistation den Prostituierten zwecks Bildung eines Urteils über die Schmerzhaftigkeit der Injektionen die Wahl stellte zwischen 10 Hg salicyl.-Injektionen oder 20 Injektionen Novasurol entschieden sich sofort alle ohne Ausnahme für Novasurol, nachdem sie den Unterschied zwischen beiden Präparaten in bezug auf die Schmerzhaftigkeit erfahren hatten. Von weiterem großen Vorteil sind die geringen Nebenwirkungen des Präparates.

Eine schwerere Stomatitis mercurialis haben wir unter Beachtung sorgfältiger Mundpflege ohne Ausnahme vermeiden können. Leichtere Formen schwanden schnell nach kurzem Aussetzen der Injektionen unter Pinselung mit 10%igem Arg. nitr. und Chromsäure.

Durchfälle gehörten zu den größten Seltenheiten. Erbrechen haben wir ebenfalls unter den mehreren 1000 Injektionen nur wenige Male beobachtet. Abgesehen von einigen Fällen der Sekundärperiode mit ausgedehnteren Exanthemen, die nach der Injektion Fieber von mäßiger Höhe zeigten, haben wir dasselbe fast stets vermißt.

Vorübergehende Albuminurie sahen wir bei einem geringen Prozentsatz der Fälle, nie jedoch eine Hg-Nephritis mit charakteristischem Sediment.

Gerade jetzt beim Abfassen dieses Berichtes stellt sich der erste Patient vor mit einem Exanthem, das ich nur als Arzneiexanthem nach Novasurol deuten kann. Es handelt sich um ein morbilliformes, fast universelles Exanthem, das plötzlich aufgetreten ist, nachdem Patient vor zwei Tagen die 2. Novasurolinjektion erhalten hatte. Es ist in den drei Jahren der Novasurolanwendung unter hunderten von Patienten der erste, bei dem wir ein Arzneiexanthem nach Novasurol zu Gesicht bekamen, so daß wir diese Nebenwirkung zu den seltensten rechnen müssen.

Wenn ich die Resultate aus unseren Beobachtungen zusammenfasse, so steht den vielen Vorzügen des Präparates: außerordentlich geringe Schmerzhaftigkeit der Injektionen, sehr geringe Nebenwirkungen, prompte Wirkung auf fast alle luetischen Haut- und Schleimhautsymptome nur

Digitized by Google

ein, wenn auch gewichtiger Nachteil gegenüber: die ziemlich geringe Dauerwirkung des Präparates. Unter Berücksichtigung dieses letzteren Punktes ist aber das Novasurol als wertvolle Bereicherung der uns bei der Luestherapie zu Gebote stehenden Injektionsmittel zu bezeichnen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Zur Entstehung der Nierenerkrankungen im Felde, von HIRSCHSTEIN. (B. kl. W., 1916, Nr. 38.) Verf. hat die Kost der Soldaten in Hinsicht auf ihre Bedeutung für die Entstehung von Nierenerkrankungen analysiert. Er fand dabei eine reichliche Zufuhr von eiweißhaltigen Nahrungsmitteln und Kochsalz, hingegen einen geringeren Gehalt an Fetten, Gemüsen, Früchten, Kartoffeln. Übermäßige Mengen von stickstoffhaltigen Nahrungsschlacken, von Kochsalz und die im Überschuß in der Nahrung vorhandenen Säuren gelten nach den heutigen Anschauungen als schädigend für die Nierenfunktion. Die meisten unserer Nahrungsmittel, besonders Fleisch, Getreidemehle, Hülsenfrüchte liefern nach der Verbrennung im Körper überschüssige Säuren; überwiegend basische Bestandteile enthalten dagegen Gemüse, Früchte und vor allem die Kartoffel. Verf. erhebt deshalb als Forderungen zur Verhütung der Nierenerkrankungen im Heere die Beschaffung von Gemüse, Früchten und besonders von Kartoffeln, Ersatz des Rindfleisches soweit wie möglich durch Schweinefleisch, Zufuhr von Butter und Fetten.

E. Klemm-Leipzig.

Beiträge zur Kenntnis der Kriegsnephritis, von CURT KAYSER. (B. kl. W., 1916, Nr. 38.) Verf. hat an zwei Drittel der Nierenkranken, die er durch besonders günstige Umstände während zehn Wochen in ein und demselben Kriegslazarett beobachten konnte und deren Erkrankung im allgemeinen sonst in bekannter Weise als hämorrhagische Nephritis verlief, in der dritten Behandlungswoche eine feine, kleienförmige Abschuppung des Gesichts feststellen können. Sie nahm einen typischen Verlauf, begann stets dicht oberhalb der Nasenwurzel, breitete sich von da über Stirn- und Kopfhaut in wechselnder Stärke aus, um schließlich auf die Haut des Gesichts und speziell der Wange überzugehen. Die Dauer des ganzen Schuppungsprozesses war wechselnd und betrug 1—3 Wochen. Bei mehreren Patienten ist in der siebenten Behandlungswoche eine lamellöse Schuppung der Hände aufgetreten. Charakter und Verlauf der ganzen Nephritis sowie die Komplikationen (rheumatische Beschwerden, gelegentliche Relapse mit Temperatursteigerung und akuter Verschlechterung des Urinbefundes, in mehreren Fällen Furunkulose, in einigen leichte Endokarditis) erinnerten frappant an Scharlachnephritis, so daß Verf. eine scharlachähnliche Infektion als Ursache annimmt. Als Krankheitsübertrager zieht Verf. die Laus in Betracht, da alle Nierenkranken Läuse hatten.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Ätiologie der Kriegsnephritis, von N. WEIGEL. (W. m. W., 1917, Nr. 29.) Der Verf. glaubt, daß das Auftreten von sogenannten Kriegsnephritiden im ersten Kriegsjahre durch die schweren Strapazen, welche in dieser Zeit von den Kriegsteilnehmern zu leisten waren, verursacht wurden, während für das spätere zweite Kriegsjahr die durch das Überstehen schwerer Infektionen bedingte körperliche Widerstandslosigkeit zu beschuldigen ist.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Untersuchungen über die Ätiologie der Kriegsnephritis, von H. Beitzke und Seitz. (B. kl. W., 1916, Nr. 49.) Histologische Untersuchungen von Nieren an Kriegsnephritis Gestorbener, bakteriologische von Blut und Urin frischer Fälle von akuter Nierenentzündung, sowie Überimpfungen von Blut und Urin der Kranken auf Versuchstiere ließen eine infektiöse Ätiologie der Kriegsnephritis nicht erweisen.

E. Klemm-Leipzig.

Die Zellen des Blutes und des Harnes in der Kriegsnephritis, von Marcello Labor-Laibach. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Der Verf. wendet sich gegen die von Bernhardt in Derm. Wschr., Nr. 31 ausgesprochene Behauptung, daß das Auftreten von eosinophilen Zellen im Harne der im Kriege erkrankten Militärpersonen irgend eine Bedeutung habe. Er weist darauf hin, daß die Typhusimpfung, der alle diese Personen unterworfen waren, an sich bereits eine Eosinophilie zur Folge habe. Nach seiner Ansicht unterscheidet sich die Kriegsnephritis auch bezüglich des Zellbefundes in keiner Weise von den gewöhnlichen Formen der akuten Nierenentzündung.

H. Vörner-Leipzig.

Der Wert der Augenspiegeluntersuchung für die Begutachtung der Kriegsnephritiden, von Eduard Horniker-Triest. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Bei der Kriegsnephritis finden sich in weit mehr als der Hälfte aller Fälle Augenhintergrundsveränderungen, besonders in der Gegend des hinteren Augenpoles. Dieselben sind im Anfangsstadium der Nephritis sehr auffällig, um so mehr, je intensiver die Krankheit auftritt. Die Retinitis albuminurica ist nur ein Teilbild des pathologischen Augenspiegelbildes, findet sich bei akuter und chronischer Glomerulonephritis und bei maligner Nierensklerose; sie ist der Indikator für die Heftigkeit und Ausdehnung der Nierenentzündung. Die Prognose der Retinitis albuminurica ist besser bei akuter, ungünstiger bei chronischer diffuser Glomerulonephritis und ist absolut schlecht bei maligner Sklerose. Zwischen Augenspiegelbefund und Blutdruck besteht ein Parallelismus: je höher der Blutdruck, um so mehr sind im Augenhintergrunde Veränderungen zu erwarten, Retinitis und Netzhautblutungen kommen fast ausschließlich bei höheren Blutdruckwerten vor. Niederer Blutdruck bei positivem Spiegelbefund deutet auf einen noch nicht ganz abgelaufenen Nierenprozeß hin, der Neigung zum Rezidivieren oder Chronischwerden hat. Hoher Blutdruck bei negativem Spiegelbefund deutet auf benigne Nierensklerose hin, kann aber auch bei maligner Nierensklerose vorkommen. Heilung kennzeichnet sich durch dauerndes Herabgehen des Blutdruckes und durch Abwesenheit eines jeden rezenten pathologischen Augenspiegelbefundes.

H. Vörner-Leipzig.

Erfahrungen über funktionelle Nierendiagnostik, von Carl von Noorden. (M. Kl., 1916, Nr. 1.) Noorden betont aus seinen persönlichen Erfahrungen heraus, daß man — wie von ihm bzw. seinen Schülern hervorgehoben worden ist — die Funktionsprüfungen der Niere besser mit normalen, harnpflichtigen Substanzen als mit körperfremden Stoffwechselprodukten ausführt, indem man einer bestimmten, gleichbleibenden Probekost (Vorperiode) gewisse Mengen von Harnstoff, Kochsalz, Wasser, phosphorsaurem Natrium und Liebigschem Fleischextrakt (wegen seines Gehaltes an Kreatinin und anderen organischen Basen) beifügt. Bei seiner kritischen Beleuchtung der im Laufe der letzten Jahre geübten Nierendiagnostikmethoden mißt er weder der Phoridzinglykosurie, noch der Methylenblau-, noch der Phenolsulfophthalein-, noch der Fluoreszin-Natrium-Probe größeren praktischen Wert bei. Etwas höher bewertet er den sogenannten Ambardschen ureo-sekretorischen Koeffizient mit der von Bonassome vereinfachten Formel, obwohl man hier auch zu einer Probekost greifen muß, so daß diese Untersuchung ziemlich kompliziert wird. Die C. R. Schlayersche Milchzuckerprobe, welche besonders die Insuffizienz des Glomeralusapparates beweisen soll, erscheint dem

Digitized by Google

Verfasser nicht zuverlässig; dazu kommt, daß durch die intravenöse Injektion von Milchzucker selbst bei strenger Sterilität oft unangenehme Zufälle eintreten. Wesentlich höher schätzt Noorden die ebenfalls von Schlayer vorgeschlagene Jodkaliumprobe; er hat dieselbe etwas modifiziert, indem er statt 0,5 nur 0,2 g Jodkalium und zwar in dünnen Gelatinekapseln verabreicht, wobei nichts von dem Jod mit der Außenwand der Kapseln in Berührung kommen darf. Er läßt dieselben nüchtern, unter Beigabe von 50 ccm Wasser schlucken, und es werden dann Speichel und Harn gleichzeitig alle 3—5 Minuten untersucht, bis zum Eintreten bzw. Verschwinden der Jodreaktion. Aus den verschiedenen Zeiten des Eintretens derselben läßt sich nach Noorden deutlicher ein Schluß auf eine Niereninsuffizienz ziehen als aus der Differenz der Endreaktion. Differenzen bis 20 Minuten hält Noorden für das Zeichen geringer, 20—35 Minuten für das Zeichen mittlerer und 30—60 Minuten und darüber hinaus für das Zeichen schwerer Insuffizienz der Nieren. Nach seinen Erfahrungen ist der Ausfall der Jodreaktion prognostisch sehr wichtig. Am meisten ausschlaggebend sind für Noorden die Wasserprobe und die Kochsalz- bzw. Harnstoffbelastungsprobe: Man wählt sich eine für einen Nephritiker geeignete Diät aus, die in bezug auf Na- bzw. ClNa-Gehalt leicht übersichtlich ist, z. B. Milch, Reis, Dörrobst, 3 g Kochsalz zusammen. An den Probetagen werden 10,0 g Kochsalz bzw. 15 g Harnstoffe beigefügt, und dann liefert die genaue Kontrolle der Ausscheidung den Beweis, wie weit die Nieren leistungsfähig bzw. für welche Substanzen sie es nicht sind. Auf diese Weise wird die oft unnötige und eventuell schädliche, totale Salzentziehung vermieden und überhaupt die Richtschnur für die geeignete Diät gegeben. Über die Beweiskraft, welche der Bestimmung des Reststickstoffs im Blute zukommt, äußert sich Noorden sehr skeptisch. Naturgemäß lassen sich alle diese Proben fast nur im Krankenhause bzw. Sanatorien bei peinlichster Überwachung der Diät und genauester Abwägung der Einnahmen und der Ausgaben durch gut geschultes Personal durchführen. Auch soll man über den chemischen Beweisen für das Bestehen einer Nierenerkrankung unsere physikalischen Methoden, speziell Blutdruckbestimmung und Herzröntgenbild, nicht außer acht lassen. O. Lasch-Breslau.

Zur Diagnostik der entzündlichen und degenerativen Erkrankungen der Nieren (Nomenklatur Volhardt-Fahr), von P. Schrumpf. (B. kl. W., 1917, Nr. 33.) Gedrängte, größtenteils tabellarische, übersichtliche Zusammenstellung der Symptome und Ergebnisse der diagnostischen Maßnahmen bei den einzelnen Nierenkrankheiten nach dem Stand der Ergebnisse der neueren Forschungen auf diesem Gebiete.

E. Klemm-Leipzig.

Kritisches Referat über die Methoden der funktionellen Nierenuntersuchung, von Herman Machwitz und Max Rosenberg. (B. kl. W., 1917, Nr. 16.) Verf. sind bei Studien an über 400 Nierenkranken zu der Überzeugung gelangt, daß die Funktionsprüfung der Nieren bei Auswahl der geeigneten Methoden und bei richtiger Beurteilung derselben ein unentbehrliches Hilfsmittel für die klinische Untersuchung, für die Stellung der Diagnose, für die Beurteilung der Prognose und für die Indikationsstellung der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen darstellt. Diese Methoden können eingeteilt werden in: 1. solche, bei denen die Ausscheidungsverhältnisse körperfremder Substanzen geprüft werden (die ältesten Methoden; ihre Bedeutung für die funktionelle Prüfung innerer Nierenkrankheiten beschränkt), 2. solche, bei denen die Ausscheidung körpereigner Stoffe, zum Teil nach Zulagen, untersucht wird, 3. solche, bei denen festgestellt wird, wie die Niere sich künstlich erschwerten Bedingungen anpaßt und 4. solche, bei denen aus der physikalischen oder chemischen Zusammensetzung des Blutes Schlüsse auf die Arbeitsleistung der Nieren gezogen werden. Bezüglich der Schlayerschen Funktionsprüfungsmethoden haben sich die Verf. nich davon überzeugen können, daß die Jod-

Digitized by Google

und Laktoseprobe in ihrem Ausfall entscheidend für die Diagnose einer tubulären oder vaskulären Erkrankung angesehen werden könne. Am wichtigsten ist nach Ansicht der Verf. die Untersuchung des Blutes auf Harnstoff oder Reststickstoff, in zweiter Linie Wasser- und Konzentrationsversuch, auf die sich der Praktiker in den allermeisten Fällen wird beschränken können. Die Höhe der Harnstoffretention ist besonders auch wichtig für die Prognose quoad vitam. E. Klemm-Leipzig.

Richtlinien in der Klinik der Nierenkrankheiten, von Umber. (B. kl. W., 1916, Nr. 47.) Verf. teilt die Nierenerkrankungen in drei klinische Gruppen ein: 1. degenerative Prozesse in den epithelialen Abschnitten der Niere, mit Entzündung nichts zu tun habende Nephrosen (albuminoide, fettige, lipoide Degeneration der Epithelzellen eventuell mit amyloider Entartung), dem älteren Begriff der parenchymatösen Nephritis entsprechend: starke Albuminurie, Ödeme, reichliche Formbestandteile im Urinsediment, aber keine roten Blutkörperchen. Funktionell: fehlende oder nur ganz unerhebliche Blutdrucksteigerung, keine sekundäre Beteiligung des Herzgefäßsystems, erhaltene Konzentrations- und Verdünnungsfähigkeit, keine Retention von N-Schlacken, aber extrarenale Kochsalz- und Wasserretention. Prognose gut. Klinisch harmloseste Formen sind die febrilen, toxischen und infektiösen Albuminurien. 2. Glomerulonephritis. Hauptkennzeichen: Anwesenheit von Blut im Harn und konsekutive Blutdrucksteigerung. Konzentrationsfähigkeit in erster Linie, aber auch Verdünnungsfähigkeit, also Ausschwemmungsvermögen der Niere gestört, daher in schweren Fällen schnelles Ansteigen der azotämischen Retention in Blut, Exsudaten und Geweben bis zur echten azotämischen Urämie. Häufig ist daneben auch das Rindenparenchym in Mitleidenschaft gezogen (nephrotischer Einschlag). Hierher in der Regel die akute Kriegsnephritis gehörig. Heilung in der Mehrzahl der Fälle. andernfalls Übergang ins zweite Stadium mit erhaltener Nierenfunktion und dritte Stadium mit Niereninsuffizienz (sekundäre Schrumpfniere). 3. Nierensklerosen. Zwei Verlaufsformen: a) benigne (quoad renos! nicht quoad vitam!) Teilstörung einer allgemeinen Arteriosklerose: das „Nierenbild" tritt vor dem Herz- oder Hirnbild zurück, Hypertonie, fehlende oder leichte Albuminurien unter $1^0/_{00}$, einzelne hyaline oder granulierte Zylinder. b) Maligne = Nephritis chron. interstitialis, genuine Schrumpfniere im engeren Sinne, mit Retention harnfähiger Stoffe im Blut, schlechter Ausscheidung von Wasser, Kochsalz und Stickstoffzulagen, schlechtem Verdünnungs- und Konzentrationsvermögen der Nieren und infolgedessen (um 1010) „fixiertem" spezifischem Gewicht des Harns, Zwangspolyurie und finaler Hypurie. Ausschlaggebend für Benignität oder Malignität die Glomerolusfunktion, deshalb Übergangsformen bestehend. Differentialdiagnose der malignen Sklerose gegen sekundäre Schrumpfniere bisweilen nur durch genaueste Erhebung zuverlässiger Anamnese möglich. Albuminurie — gering oder stark — ist nichts mehr als ein Hinweis darauf, daß die Niere überhaupt nicht intakt ist. Sie kann sich aber an klinischer und prognostischer Bedeutung nicht entfernt messen mit der Prüfung auf Verdünnungs- und Konzentrationsfähigkeit der Niere, auf azotämische Retention und Blutdrucksteigerung. Ähnliches gilt vom Sedimentbefund. Soll man die Nieren durchspülen? Größe der erlaubten Wasserzufuhr durchaus abhängig von dem Wasserausscheidungsvermögen. Deshalb bei Nephrosen Beschränkung von Wasser- und Kochsalzzufuhr, bei leichteren auf 1500 g (inklusive Obst und Gemüse, die nach ihrem vollen Gewicht als Flüssigkeit gerechnet werden) bei 4—5 g NaCl, bei schwereren auf möglichst unter 1 l, bei 1 g NaCl. Blande Milchdiät kontraindiziert. Bei chronischen Nephrosen keine Wasserbeschränkung bei Ödemfreiheit. Bei akuter Glomerulonephritis mittlere Flüssigkeitsmengen, ungefähr $1\,^1/_2$ l pro Tag, bei chronischer zweiten Stadiums besondere diätetische Maßnahmen zwecklos, drittes Stadium $2\,^1/_2$—3 l Flüssigkeit, sofern Kreislaufsorgane keine Kontraindikation, ebenso maligne Sklerosen.

Digitized by Google

Bei benignen Trockendiät oder 1—1½ l Flüssigkeit pro Tag. Zu Trinkkuren in Badeorten berechtigen nur abklingende akute Nierenerkrankungen, chronische Nephrosen ohne Ödemneigung, chronische Glomerulonephritiden zweiten Stadiums zum Teil dritten Stadiums, endlich maligne nicht kardial dekompensierte Sklerosen. Bei allen anderen Nierenerkrankungen sind Trinkkuren kontraindiziert. Eiweißbeschränkung nur bei Glomerulonephritis und zwar im akuten Stadium und im dritten Insuffizienzstadium, nicht im zweiten Stadium, sowie bei maligner Sklerose erforderlich, nicht mehr als 3—5 g N pro die. Die Form des Eiweißes ist dabei gleichgültig: Kochsalzzufuhrbeschränkung nur auf 5 g pro die, nur bei Nephrosen möglichste Ausschaltung. Aderlaß wirksam bei Urämie oder zu ihrer Verhütung, bei auf Hirnschwellung beruhender Urämie der Mischform Glomerulitis + Nephrose Spinalpunktion! Wert der Diuretika bei Nierenkranken ohne Kreislaufsstörung höchst bescheiden. Zum Schluß erörtert Verf. die Grundsätze, nach denen die Entlassung nierenkranker Soldaten aus der Lazarettbehandlung zu erfolgen hat.

E. Klemm-Leipzig.

Über den Morbus Brighti, von F. Volhard-Mannheim. (17. Intern. Kongr. f. M., London 1913.) In gedrängter Vortragsform gibt V. eine Übersicht über den heutigen Stand der Erforschung des M. B. mit besonderer Bezugnahme auf seine reichen eigenen Erfahrungen. Die Einzelheiten sind unseren Lesern aus Veröffentlichungen a. a. O. bekannt geworden.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Überraschende Todesfälle bei Nephritis, von A. Dietrich. (B. kl. W., 1917, Nr. 22.) Verf. veröffentlicht vier Fälle eines ungewöhnlichen Verlaufes der Kriegsnephritis, bei denen ohne vorherige Feststellung einer Erkrankung ein überraschender Tod eintrat und erst die pathologisch-anatomische Untersuchung Aufschluß ergab. In allen Fällen war akute Glomerulonephritis in frühen Stadien der Entwicklung übereinstimmend nicht nur der hauptsächlichste Befund an den Nieren, sondern bei dem Fehlen anderer Organstörungen, die auch durch mikroskopische Untersuchung ausgeschlossen wurden, als Hauptkrankheit anzusehen, die dem überraschenden tödlichen Ausgang zugrunde liegt. Sie hat sich in drei dieser Fälle auf Überreste früherer wahrscheinlich gleichartiger Entzündungen aufgepfropft.

E. Klemm-Leipzig.

Beitrag zur Therapie der hämorrhagischen Nephritis, von Siegfried Wolff-Gnesen. (Ther. Mh., 1917, Nr. 9.) Verfasser hat an einer Anzahl hämorrhagischer Scharlachnephritiden das Blutstillungsmittel Thrombosin angewandt und Verschwinden der Blutausscheidung in kürzester Zeit danach beobachtet. Im Verlaufe eines Krankheitsfalles wurden 2—3 Ampullen intraglutäal injiziert. Solange der Harn noch hohen Eiweißgehalt aufwies, kehrte das Blut nach Aufhören der Injektionen wieder. Das Mittel kommt infolgedessen mehr in Frage für die Fälle, bei denen zwar reichlich und dauernd viel Blut, aber kaum nennenswerte Eiweißmengen im Urin vorhanden sind.

E. Klemm-Leipzig.

Über die weiße Fleckniere (Nephritis fibroplastica maculosa et diffusa Kitt) der Kälber und ihre Beziehung zur exsudativen lymphozytär-plasmazellulären interstitiellen akuten Nephritis des Menschen, von Y. Sakaguchi-Basel. (Frankf. Zschr., 1917, Bd. 20, H. 1.) Die Fleckniere ist bei Mastkälbern ein ziemlich häufiger Befund. Die erkrankten Nieren lassen sich in zwei Hauptabteilungen einordnen: a) Nieren mit vereinzelten oder zahlreichen disseminierten, verschieden großen Flecken oder Knoten. b) Nieren mit diffusen, sehr großen, weißen, kaum erhabenen Flecken, die oft einen ganzen oder sogar mehrere Renkuli einnehmen. Histologisch handelt es sich um eine subakute oder chronische Entzündung. Die Fleckniere der Kälber hat in manchen Beziehungen große Ähnlichkeit mit der akuten exsudativen interstitiellen lymphozytär-plasmazellulären Nephritis des Menschen. Die auffallende Selten-

Digitized by Google

heit von Residuen einer Fleckniere des Kalbes bei Rindern läßt es wahrscheinlich erscheinen, daß auch beim Menschen die histologisch sehr ähnlichen Prozesse der akuten interstitiellen lymphozytären Nephritis sich meist völlig zurückbilden.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Ätiologie der Herzhypertrophie bei Nierenerkrankungen, von W. Cerlen. (B. kl. W., 1917, Nr. 4.) In der Frage, was das Primäre und was das Sekundäre sei, Blutdruckerhöhung und Herzhypertrophie einerseits, Nierenerkrankung andererseits, hat für Verf. die Annahme einer toxisch bedingten chronischen Steigerung des Gefäßtonus die größte Wahrscheinlichkeit. Er hat daraufhin Untersuchungen angestellt, ob sich nicht auch eine Schädigung anderer Organe durch derartige giftige Stoffe nachweisen läßt, und in fünf Fällen auch in der Medulla oblongata ausgesprochene Ganglienzellenveränderungen in allen Stadien der Degeneration bis zur völligen Nekrose gefunden. Er nimmt daraufhin an, daß bei chronischer Nephritis durch bisher nicht sicher bekannte, im Blute kreisende Toxine bestimmte Zellgruppen der Medulla obl., wahrscheinlich darunter die Ganglienzellen des vasomotorischen Zentrums, in einen chronischen Reizzustand versetzt werden, der schließlich bei Summierung der Reize zu einer Überanstrengung der Zellen und zu einem allmählichen Zerfall der einzelnen Elemente führt. E. Klemm-Leipzig.

Über stickstoffhaltige Retentionsstoffe im Blut und in anderen Körperflüssigkeiten bei Nephritikern, von Max Rosenberg. (B. kl. W., 1916, Nr. 49.) Verf. gelangt bei seinen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: Bei Azotämikern beträgt der Harnstoffgehalt von Pleura- und Peritonealergüssen 80—100% von dem des Serums. Der Kreatiningehalt dieser Ergüsse liegt bis zu 20% höher als der des Blutes, während der Indikangehalt mit dem des Blutes übereinstimmt. Das Lumbalpunktat enthält nur 56—96% von dem Harnstoff, nur 37—75% von dem Kreatinin des Blutes. Harnsäure und Kreatin gehen noch schwerer in die Zerebrospinalflüssigkeit über. Das Indikan fehlt auch bei stärkster Hyperindikanämie völlig im Lumbalpunktat oder ist wenigstens in so geringen Mengen darin vorhanden, daß es sich dem Nachweis entzieht.

E. Klemm-Leipzig.

Über Hyperkreatininämie der Nephritiker und ihre prognostische Bedeutung, von Max Rosenberg-Berlin. (M. m. W., 1916, Nr. 26.) Die Kreatininbestimmung im Blute von Nephritikern bildet eine wichtige Ergänzung der Harnstoff- und Indikanbestimmung. Die exakte quantitative Bestimmung des Kreatinins ist technisch einfacher und schneller ausführbar als die des Indikans. Die Kreatininretention geht der Harnstoff- und Indikanretention im großen und ganzen parallel, zeigt aber im einzelnen doch ein abweichendes Verhalten. Bei akuter Azotämie steigt erst der Harnstoff, dann das Kreatinin und zuletzt das Indikan. Bei chronischer Azotämie läßt sich der Blutharnstoff meist leichter diätetisch beeinflussen als das Indikan und Kreatinin. Relativ hoher Harnstoffgehalt des Blutes bei relativ niedrigem Kreatiningehalt gibt im allgemeinen bei chronischen Fällen eine bessere Prognose als das umgekehrte Verhalten. Ob stärkere Hyperkreatininämie oder stärkere Hyperindikanämie prognostisch ungünstiger zu beurteilen ist, läßt sich noch nicht entscheiden. A. Gunsett-Straßburg.

Über Colica nephritica, von Georg Rosenfeld-Breslau. (B. kl. W., 1917, Nr. 34.) Verf. weist an der Hand von zwei einschlägigen Beispielen auf die Schwierigkeiten hin, die sich gelegentlich für die Differentialdiagnose: Nierensteinkolik oder Nierenentzündung, dadurch ergeben, daß die klinischen Hauptzeichen der Nephrolithiasis, Hämaturie und Nierenschmerzen, auch zu einer Erkrankung an Nierenentzündung gehören können, besonders da auch bei letzterer die Nierenschmerzen kolikartig auftreten und sogar einseitig bzw. einseitig stärker sein können. Einen sicheren Entscheidungsweg erblickt Verf.

Digitized by Google

nur in dem lange fortgesetzten und sorgfältigen Suchen nach dem Charakterzeichen der Nephritis, den Zylindern. E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von akuter Kolipyelitis mit Nachweis des Erregers im Blut, von E. Jürgensen-Bad Kissingen. (B. kl. W., 1917, Nr. 34.) Verf. veröffentlicht einen einschlägigen Fall, bei dem sich aus Harn und Blut Reinkulturen von Bacterium coli commune gewinnen ließen. Als Einbruchsweg der Bakterien nimmt Verf. eine Durchwanderung der Darmwand und Einbruch in die Lymphwege, von da in die Blutbahn, oder, wofür die Bedingungen bei rechtsseitiger Pyelitis besonders günstig liegen, eine direkte Überwanderung vom Darm in das Nierenbecken an, als begünstigenden Faktor eine schon vor dem Pyelitisanfall bestehende, vielleicht durch den Heizerdienst begünstigte Anämie. Verschiedene eingeschlagene therapeutische Wege blieben erfolglos. Erst der Versuch einer Umstimmung der Darmflora durch tägliche Verabreichung von Yoghurt erzielte klinische Heilung, während Patient aber weiterhin noch Bakterienausscheider blieb. E. Klemm-Leipzig.

Gibt es einen renalen Diabetes im klinischen Sinne? von G. Bergmark. (Upsala Läkareförenings Förhandl., Bd. 21, S. 161.) Der Verfasser hat sich die Frage gestellt, ob es beim Menschen einen klinischen renalen Diabetes gibt, oder mit anderen Worten, ob man berechtigt ist, aus den vielen Formen, die bei Diabetes vorkommen können, eine herauszugreifen und als renale Glykosurie zu bezeichnen. Die Antwort lautet verneinend, was der Verfasser näher begründet. Er stimmt den Worten v. Noordens völlig bei: „Was man bisher über renalen Diabetes lehrte, war nur ein luftiges Kartenhaus." Schließlich macht er darauf aufmerksam, daß die Frage von dem renalen Diabetes keine nur theoretische oder schlechtweg Nomenklaturfrage sei, sondern daß sie für die Lebensversicherung von Bedeutung ist. W. Holland-Kristiania.

Über Diabetes insipidus mit Infantilismus, von Th. Barabo. (Diss., München 1914.) Es wird über einen 19jährigen Menschen mit Infantilismus berichtet, bei dem die Untersuchung außerdem einen Diabetes insipidus ergab. K. Boas-Rostock.

Renaler Infantilismus, von L. Porter. (Arch. of Pediatrics, 1915, S. 85.) Mitteilung von zwei Fällen von „renalem Infantilismus" (Miller). Es handelt sich dabei um Infantilismus auf der Basis von Nierenerkrankungen (Diabetes insipidus, chronische Nephritis mit Polyurien). Veränderungen der Sella turcica wurden — wenigstens in dem ersten Falle des Verfassers — nicht beobachtet, so daß eine Beteiligung der Hypophyse nicht wahrscheinlich. K. Boas-Rostock.

Über eigentümliche Staphylomykosen der Nieren und des pararenalen Bindegewebes, von Friedrich Schlagenhaufer-Wien. (Frankf. Zschr., 1916, Bd. 19, H. 1/2.) S. sieht das Charakteristische dieser Eiterungen darin, daß sie morphologisch namentlich wegen der intensiven hellen Gelbfärbung des Granulationsgewebes und der Abszeßwände, bedingt durch Cholestearinablagerungen, außerordentlich an aktinomykotische Prozesse erinnern, ja auch mikroskopisch durch das Vorhandensein der mit doppelbrechenden Substanzen beladenen, nach Alkoholfixierung hellen Zellen so an aktinomykotisches Granulationsgewebe erinnern, daß in den ersten Fällen jedesmal die falsche Diagnose Aktinomykose gestellt wurde und eifrig auf das Vorhandensein von Drusen gefahndet wurde. Und doch war der Erreger dieser Eiterungen nur der Staphylococcus aureus. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Ein Fall von solitärer Nierenzyste, von Th. Naegeli-Bonn. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 110, H. 2.) Es handelt sich bei einer 59jährigen Frau um eine straußeneigroße, solitäre echte rechte Nierenzyste. Infolge ihrer Größe machte sie sich klinisch durch Druckerscheinungen auf Darm und Ureter bemerkbar. Die Operation bestand in

Digitized by Google

Entfernung der Zyste unter Zurücklassung der an der Niere festsitzenden Wand. Differentialdiagnostisch kommen bei Frauen retroperitoneale Ovarialzystome in Frage.

W. Chrzelitzer-Posen.

Der überzählige Ureter, von A. Simon. (J. Am. m. Assoc., 27. Mai 1916.) Kasuistische Mitteilung eines Falles von vollständiger Verdoppelung des Ureters einer Seite. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Fettsteine der Harnwege, von Alfred Schahl-Straßburg i. E. (Zschr. f. Urol., 1916, Bd. 10, H. 6.) Der Urostealith als ein bestimmter, in seinen chemischen und physikalischen Eigenschaften sich gleichbleibender Körper existiert nicht. Es bestehen jedoch zweifellos Harnsteine, deren Hauptmasse aus Fett besteht, umgeben von einem mehr oder weniger dicken Mantel aus Harnsalzen. Diese Steine kann man sehr wohl als Urostealithe bezeichnen. Über ihre Entstehung läßt sich vorläufig kein abschließendes Urteil abgeben. Bei den zwei bisher beschriebenen Fällen muß man annehmen, daß das Fett aus dem menschlichen Organismus stammt. Die Möglichkeit, daß ein von außen durch die Harnröhre in die Blase gelangtes Fett den Kern zu einem Urostealithen abgibt, ist auch vorhanden. Dabei ist anzunehmen, daß das eingeführte Fett in der Blase chemischen und physikalischen Veränderungen unterliegt, welche eine spätere Erkennung sehr erschweren.

W. Chrzelitzer-Posen.

Diagnose und Therapie der Blutungen aus dem Harnapparat, von L. Casper. (D. m. W., 1912, Nr. 35.) Zusammenfassende Besprechung im Rahmen eines Vortrages. Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Die Diurese, von Arnold Holste. (B. kl. W., 1917, Nr. 14.) Verf. schildert zunächst die physiologischen Vorgänge bei der Harnabsonderung und die Bedingungen, unter denen sie erfolgen und unter denen sie verändert werden können. Das wirksamste Diuretikum ist dasjenige, welches Steigerung des gesunkenen Blutdruckes und gleichzeitig Erweiterung der Nierengefäße verursacht. Diesen Forderungen entsprechen die Körper der Digitalingruppe und die Xanthinderivate. Zum Schluß führt Verf. die verschiedenen in der Praxis bewährten zur Verfügung stehenden deutschen Präparate auf.

E. Klemm-Leipzig.

Die Absonderung des Urins vom chemischen und physiologischen Standpunkte, von E. L. Backman. (Upsala Läkareförenings Förhandlingar, Bd. 21, S. 145.) Zum kurzen Referate nicht geeignet. W. Holland-Kristiania.

Tages- und Nachturin, von Kai Jespersen. (Hospitalstidende, 1916, S. 1229.) Durch seine Untersuchungen glaubt Verfasser sogar sehr bedeutende Unterschiede des Tages- und Nachturins nachgewiesen zu haben. W. Holland-Kristiania.

Über eine eigenartige Form der Polyurie, von Carl Ritter v. Hoffmann. (W. m. W., 1917, Nr. 15.) Die betreffenden Patienten leiden nicht bloß an einer einfachen Pollakisurie, sondern auch an einer bedeutenden Vermehrung der Harnmenge. In dem sonst normalen Harn finden sich häufig Kristalle von oxalsaurem Kalk.

H. Vörner-Leipzig.

Über das Wesen der Polyurie bei Abflußerschwerung des Harns durch Kompression im Bereich der abführenden Harnwege, von W. H. Veil-Straßburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 102, H. 2.) An der Hand von vier ausführlich mitgeteilten Fällen zeigt der Verfasser, daß als Folge der Abflußerschwerung des Urins bei Kompression im Bereiche der abführenden Harnwege eine Polyurie auftritt, und daß es im Anschluß an diese Polyurie zu Veränderungen des Wasserwechsels und des Stoffwechsels kommt, die für den Zustand des betreffenden Kranken von spezifischer und ganz besonderer Bedeutung sind. Bei zwei seiner Fälle handelt es sich um Prostatahypertrophie,

Digitized by Google

bei dem dritten um Karzinom der hypertrophischen Prostata und bei der vierten Beobachtung um eine ausgedehnte Myomatosis uteri. Der Wasserwechsel ist dahin verändert, daß der Wasserstand des Organismus durch die Polyurie gefährdet ist. Die Kranken können unendliche Mengen von Flüssigkeit zu sich nehmen, ihr Körpergewicht bewegt sich dennoch in fallender Kurve. Die Körpersäfte trocknen ein, das Blut weist Werte der Eindickung auf. Die Haut und Schleimhäute ähneln schwer Fiebernden; die Schleimhaut des Mundes produziert einen klebrigen Speichel; der Verlust des Körpers an Wasser hat jedoch eine Grenze; allmählich bleibt das Körpergewicht konstant. Unter einen gewissen Wert, 88%, sinkt auch der Wassergehalt des Blutserums nicht. Es ist anzunehmen, daß in der Eintrocknung von Geweben und Blut eine Ursache für den Durst des Kranken liegt. Auch der Gesamtstoffwechsel erleidet wesentliche Veränderungen. Die Konzentrierfähigkeit der Nieren ist außerordentlich eingeschränkt. Die Rückkehr solcher Verhältnisse zur Norm ist schwer, kann aber zustande kommen, wenn nicht nur katheterisiert und dadurch der Stauungszustand beseitigt wird, sondern wenn auf dem Wege der Sectio alta ein Dauerzustand geschaffen wird. Die im Blut kreisenden harnfähigen Stoffe können leichter ausgeschieden werden, da die Niere ihre Konzentrierfähigkeit wiedererlangt hat. Die Operation ist vorzunehmen, aber erst dann, wenn der Zustand der Stauung beseitigt ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Oberflächenspannung des Harns und ihre klinische Bedeutung, von C. Posner. (B. kl. W., 1916, Nr. 32.) Verf. hat sich bei seinen Messungen der Tropfengröße des Harns des von J. Traube angegebenen Viskostagonometers bedient und gelangt zu folgenden Schlußsätzen: Die Oberflächenspannung des Harns ist stets geringer als diejenige des Wassers; sie nähert sich dieser am meisten bei Diabetes insipidus, sie erreicht die tiefsten Grade bei Anwesenheit von Gallensäuren und Blut. Die Erniedrigung der Oberflächenspannung wird durch die im Harn vorhandenen Kolloide bedingt. Je niedriger die Spannung, je kleiner also die Harntropfen sind, um so mehr vergrößert sich die gesamte Oberfläche; hierin liegt eine Bedingung für Bildung von Konkrementen und Gerinnseln. Insbesondere erklärt sich so die Bildung von Zylindern im ikterischen Harn. Oberflächenspannung und Vibrosität stehen in enger Beziehung; beide werden durch Alkalisierung günstig beeinflußt. E. Klemm-Leipzig.

Über die Bedeutung des Basen-Säureverhältnisses im Harn und die Ermittlung desselben, von E. Salkowski. (B. kl. W., 1917, Nr. 10.) Für die für die klinische Beurteilung wertvolle Feststellung, ob und wieviel organische Säuren im Harn vorhanden sind, gab es bisher nur die mühevolle, schwierige und langdauernde Methode der Bestimmung sämtlicher Säuren und Basen im Harn. Verf. hat dafür in letzter Zeit das Verfahren der Bestimmung der Alkaleszenz der Harnasche eingeschlagen. Die Herstellung der letzteren wird allerdings durch die große Quantität der im Harn vorhandenen organischen Substanzen erschwert, ein Übelstand, der sich teilweise durch Zerstörung eines Teiles der organischen Substanz vor der Veraschung beseitigen läßt. Verf. bedient sich zu diesem Zweck des Wasserstoffsuperoxyds in Form des Perhydrols und gibt zum Schluß eine genaue Beschreibung seines Verfahrens, die im einzelnen nachgelesen werden muß. E. Klemm-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Lazarettbehandlung der Geschlechtskrankheiten, von Zweig. (D. m. W., 1916, Nr. 47.) Da es zur jetzigen Zeit darauf ankommt, die Soldaten so schnell wie möglich dienstfähig zu machen, sollen Luetiker, wenn der Kräftezustand es gestattet und

Digitized by Google

der Standort des Truppenteils es ermöglicht, daß der Soldat ambulant behandelt werden kann, im Lazarett nicht bis zur Beendigung der Kur bleiben. Bei akuter Blennorrhoe müssen die Soldaten bis zum Schwinden der Gonokokken im Bett bleiben, da durch strenge Bettruhe der Krankheitsprozeß wesentlich abgekürzt wird. Bei chronischer Blennorrhoe sollen die Soldaten, sobald es sich zeigt, daß die Therapie wenig hilft, als dienstfähig entlassen werden. E. Brinitzer-Altona.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Menzer. (D. m. W., 1917, Nr. 29.) Nach M. ist die heutige Blennorrhoebehandlung, die den Ausfluß zwar rasch unterdrückt, aber die Gonokokken häufig in der Latenz zurückläßt, zu verwerfen. Bei der von ihm vorgeschlagenen Methode (Bettruhe, Diät, heiße Sitzbäder und Einspritzungen von Gonokokkenvakzine) versiegt der in den ersten Wochen dauernd reichliche Ausfluß nur ganz allmählich, dafür aber sind dann die Kranken restlos geheilt. Auch für die Luesbehandlung empfiehlt M., die spezifische Therapie mit physikalischen Heilmethoden (Heißluft- oder elektrisches Schwitzbad) zu kombinieren. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Desinfektion der Hände mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie, von R. v. Baracz (Baronczi)-Lemberg. (W. m. W., 1917, Nr. 42.) Berücksichtigung der Bedeutung des Alkohols zur Erlangung einer Händedesinfektion sowie Besprechung einer Reihe in Betracht kommender anderer Mittel. Das besondere Verfahren, welches der Verfasser bevorzugt, besteht in folgender Methode: Die Hände werden zunächst 3—5 Minuten mit gewöhnlicher Seife oder Seifenspiritus gewaschen, aber ohne Bürste. Darauf wird 2—3 Minuten die Hohlhand mit einem Sodakristall, einem Eßlöffel voll Chlorkalk und etwas Wasser eingerieben, bis sich eine dicke, sahnenartige Paste bildet. Weiter wird die Paste über die Hände und Arme verrieben. Schließlich werden die Hände in Borwasser abgewaschen und mit einem sterilen Handtuch abgetrocknet. H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung des Trippers und der Syphilis, von M. v. Zeissl-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 44.) Günstiger Bericht über Choleval. Von Quecksilberpräparaten verwandte der Verf. Succinimid. Luesol (Hg-Benzoat) und Modenol (Hs-As-Salizylat). H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

In Bern wurde nach Erstattung von Referaten durch Prof. Bloch-Zürich, Prof. Oltramare-Genf und Armeearzt Oberst Hauser ein **Schweizerischer Verein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** gegründet. Zum Vorsitzenden wurde Prof. Bloch gewählt. Als Kollektivmitglied trat dem Vereine auch das Schweizerische Rote Kreuz bei.

Prof. Adolf Blaschko in Berlin feierte am 3. März den 60. Geburtstag.

Geh. San.-Rat Prof. Hans Wossidlo, Vorsitzender der Berliner urologischen Gesellschaft, ist am 22. Februar, 63 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. März 1918 | Nr. 12 | Band 66

Aus dem städtischen Bürgerhospital in Koblenz a. Rh. (Chefarzt: Prof. Dr. Hohmeier).

Ein Beitrag zur Darierschen Erkrankung.

Von

Dr. Oskar Salomon-Koblenz,

z. Z. Abteil.- und stellvertr. Reg.-Arzt bei einem Feld-Art.-Reg. in Flandern.

(Mit 2 Abbildungen.)

Während meiner Tätigkeit im Koblenzer Bürgerhospital hatte ich Gelegenheit, einen besonders schweren Fall von „Darierscher Erkrankung" zu beobachten. Derselbe ist zwar schon in einer sehr fleißigen Doktordissertation von Dr. Geissen-Wiesbaden im Jahre 1901 aus der Straßburger Universitäts-Hautklinik mitgeteilt worden, hat sich im Laufe von 16 Jahren aber derartig weiter ausgedehnt und verändert, daß eine kurze Beschreibung und Wiedergabe im Bilde doch lohnen dürfte.

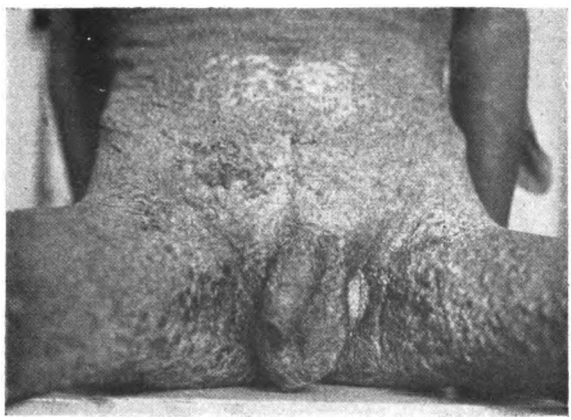


Fig. 1.

Ph. St., früher Tagelöhner, ist jetzt 54 Jahre alt. Er soll aus gesunder Familie stammen und selbst bis zu seinem 20. Lebensjahre nicht krank gewesen sein. Damals will er das erste Auftreten seines jetzigen Hautleidens, zuerst hinter den Ohren, später an den Oberschenkeln bemerkt haben. 17 Jahre später kam er in der Straßburger Hautklinik zur Beobachtung und nach weiteren 16, also 33 Jahre nach dem ersten Auftreten der Erkrankung ist der folgende Befund bei uns erhoben worden, der durch die beigefügten Photographien am besten ergänzt wird:

Digitized by Google

Der sehr abgemagerte, nur noch 40 kg wiegende Patient, der ausgestreckt etwa 1,80 m mißt, liegt andauernd mit stark angezogenen Knien im Bett. Die Unterschenkel stehen im rechten Winkel zu den Oberschenkeln; aktiv keine Bewegung, passiv Streckung unmöglich, Beugung frei, doch sehr schmerzhaft. Die Behaarung des Kopfes, der Bart, die Augenbrauen-, Achselhöhlen- und Schamhaare sind schütter. Keinerlei Fettpolster, Muskulatur ganz atrophisch. Von Kopf bis zu den Füßen ein Panzer von schmutzigen, stark inzernierenden und heftig stinkenden Auflagerungen, derbe, konisch zugespitzte, hornartige, papulöse Erhebungen, die mit einer dicken, braungelblichen Kruste bedeckt sind, wie wir sie bei der „Darierschen Erkrankung" ja kennen und die daher der weiteren Beschreibung nicht bedürfen. Auffallend tritt hervor, daß vollständig frei von der Erkrankung alle Stellen über den Gelenken, sowohl auf den Schultern, wie über den Ellbogen und Kniegelenken sind; Hände und Füße sind im ganzen nur wenig befallen, aber auch hier ist die Haut direkt über den Finger- und Zehengelenken ganz frei, während die Haut zwischen den Zehen mit Effloreszenzen dicht besetzt ist. Dafür ist die Haut über den Gelenken rosa gefärbt, glänzend, sehr dünn und atrophisch, so, wie wir sie bei Nervenverletzungen der Extremitäten (z. B. Ulnarislähmung) zu sehen gewohnt sind. Die Fingernägel zeigen starke Längsstreifung und sind ziemlich stark gewölbt. Der Nagelrand ist verdickt und brüchig. Die Schleimhäute sind frei von Veränderungen. Die inneren Organe ohne krankhaften Befund; Urin frei von Eiweiß und Zucker. Die Drüsen der Achselhöhlen leicht geschwollen und auf Druck empfindlich. Keine Sensibilitätsstörungen. Kein Dekubitus. Subjektiv wird über zeitweises Jucken und Stechen geklagt, „als wenn Nadeln in der Haut wären".

Fig. 2.

Eine Exzision wurde vom Pat. leider abgelehnt, es hätte sich sonst vielleicht verlohnt, die Wirkung einer kleinen Partialbehandlung mit Radium zu kontrollieren.

Therapeutisch kamen nur mehrstündige Bäder in Kali permang.-Lösung und Einreibungen mit Vaselin bei uns in Anwendung, die dem Pat. äußerst wohl taten. Da wegen Pockenverdachtes eines Patienten des Krankenhauses zu jener Zeit alle Insassen geimpft wurden, schien sich bei unserem Pat. eine Vaccina generalisata unter hohem Fieber ausbilden zu wollen, doch blieb der Prozeß unter Behandlung mit Kali perm. auf den Arm beschränkt. An den davon betroffenen Stellen schien eine Zeitlang der Darier sich vollständig zurückzubilden, doch war nach einigen Wochen der Prozeß wieder in alter Blüte.

Digitized by Google

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

II.

Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für das Heer und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung.

Wird schon im Frieden die ungeheure, durch unverminderte Zugänge sich ständig auf gleicher Höhe haltende Zahl der Geschlechtskranken von allen Kennern der Verhältnisse mit Sorge verfolgt und muß diese unvermindert große Zahl besonders von denen schmerzlich empfunden werden, die sich die Bekämpfung dieser, wie man doch wohl mit voller Berechtigung sagen kann, durchaus vermeidbaren und ausrottbaren Krankheiten angelegen sein lassen, so kommt im Kriege in noch wesentlich gesteigertem Maße der Einfluß hinzu, den sie auf die Arbeitsfähigkeit der von ihnen befallenen Personen, d. h. also hier die Wehrfähigkeit ausüben, der Umstand, daß durch sie und die für ihre Behandlung erforderliche Zeit eine Verminderung um sonst völlig dienstfähige Männer, eine Schwächung des Heeres eintritt. Da die große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bekannt war, und nach den Erfahrungen früherer Kriege eher mit einer Zunahme gegenüber den Friedenszeiten gerechnet werden mußte, erscheint es wunderbar, daß anscheinend auf diesem Gebiete nicht wie auf dem rein militärischen ein großzügiger Mobilmachungsplan vorlag, daß die verschiedenen im Interesse der Einschränkung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erforderlichen Maßnahmen erst nach Kriegsausbruch vorgeschlagen, diskutiert und in Verfügungen umgesetzt wurden, während beispielsweise, worauf Lesser (44) hinweist, die durch Beschränkung und verschärfte Kontrolle der Prostitution bewirkte allgemeine Prophylaxe gleich mit der Mobilmachung einsetzen muß. Einzelne Ansätze zu einer Erweiterung der sich im allgemeinen auf die bekanntlich nicht gerade sehr scharf und zweckmäßig durchgeführten Gesundheitsbesichtigungen beschränkenden Maßnahmen waren schon im Frieden zu bemerken: Touton (60) erwähnt die bei der Deutschen Marine obligatorische Prophylaxe und Biró (4) beschreibt die bei der ungarischen Armee und Gendarmerie eingeführten Schutzmaßregeln, auf Grund deren krank befundene Reservisten unter Benachrichtigung der Heimatsbehörde

Digitized by Google

an ihren Zuständigkeitsort zurückgesandt, die Zöglinge der Ludovikakademie angehalten werden, einen Schutzapparat in der Tasche zu tragen, und die Zöglinge der Militär-Oberrealschule einen solchen erhalten, wenn sie am Ende des vierten Jahrganges die Anstalt verlassen, nachdem sie bereits im dritten Jahrgange belehrt worden waren.

Mit Ausbruch des Krieges wurden sofort in reichstem Maße Vorschläge zur Verhinderung und Beseitigung der zu befürchtenden Schäden gemacht; die im Hinterlande erdachten oder schon aus dem Frieden stammenden prophylaktischen Maßnahmen erwiesen sich nach v. Veress (61) im Felde meist als undurchführbar. Bei den vielen Einzelheiten, um die es sich hier handelt — mehrere Faktoren müssen, wie Halberstädter (33) sagt, zusammenwirken —, wird es nicht möglich sein, bei jedem Punkte die Ansichten eines jeden Autors, der sich dazu geäußert hat, anzuführen, vielmehr müssen wir uns auf eine Wiedergabe der grundlegenden und für die schließliche Gestaltung der Hauptpunkte wesentlichen Veröffentlichungen beschränken. Wichtige Zusammenfassungen der leitenden Gesichtspunkte finden sich in dem Bericht über die Ausschußsitzung der Deutschen Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) vom 18. IV. 1915 (16a) und ihrem Merkblatt für Soldaten (16b), sowie in dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums vom 14. VII. 1915 [abgedruckt bei Kaufmann (38)]. Durch energische Durchführung mannigfaltiger prophylaktischer Maßnahmen allgemeiner und persönlicher Natur ist es Pick (55) gelungen, eine Verminderung der Infektionen im Etappengebiet von 45,6% auf 23% zu erzielen; er hält es jedoch für notwendig, die betreffenden Einrichtungen fachärztlich zu überwachen und entsprechend auch auf das Feldheer auszudehnen.

Beginnen wir mit den Forderungen mehr allgemeinen Charakters, so wies Neisser (51) auf die Notwendigkeit einer besseren Nutzbarmachung der zurzeit an inneren und chirurgischen Stationen beschäftigten Dermatologen hin, womit er die von ihm ebenso wie von Haberling (31) schon öfter erhobene Forderung einer besseren Ausbildung aller Ärzte und die Einfügung einer Spezialprüfung in das Staatsexamen verband. Daß die unzureichende Spezialausbildung der Ärzte nicht nur in Deutschland empfunden wurde, zeigt das Referat Gaucher's (28) in der Académie de Méd. und die von ihm und Bizard (29) beobachteten vielen, auf der bedauerlichen Unkenntnis der Ärzte in der Syphilidologie beruhenden Fehldiagnosen. Die Einsetzung eines beratenden Venerologen für jede Armee forderte Blaschko (5), die Informierung der Korps- bzw. beratenden Hygieniker über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in zu belegenden Ortschaften des besetzten Gebietes Haberling (31);

Digitized by Google

ersterer weist darauf hin, daß die Offiziere den Mannschaften in bezug auf das Geschlechtsleben ein gutes Vorbild geben sollen. Der Vorschlag von Hecht (35), die Geschlechtskranken nach Schwinden der Symptome eventuell in besonderen Formationen im Felde zu vereinigen, könnte zur Verminderung der Gefahr der Verbreitung beitragen.

Um die Soldaten vor Ansteckungen zu schützen, erscheinen gewisse Maßnahmen geeignet, die zum Teil auf eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit hinzielen. Im Heimatsgebiet kommt nach dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (38)] die Bestrafung der Selbstbehandlung sowie der Behandlung durch Kurpfuscher und deren Ankündigung in Betracht, für das besetzte Gebiet fordert Blaschko (5, 7) früheren Kneipenschluß und Beschränkung des Abendurlaubs sowie Zurückhaltung eines Teiles der Löhnung. Bei den bekannten Beziehungen zwischen Geschlechtskrankheiten und Alkohol sollte seine Einschränkung mit Finger (22) immer wieder betont werden. Haberling (31) und Schiffmann (58) halten gegebenenfalls eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit im Felde in Form von Kasernierung für erforderlich.

Dieser mehr allgemeinen Prophylaxe steht die persönliche gegenüber. Das einfachste und sicherste Schutzmittel wäre natürlich die Vermeidung jeglichen geschlechtlichen Verkehrs; so ist die absolute Enthaltsamkeit ganz ernsthaft, besonders im Anfang des Krieges, verlangt worden von Blaschko (6, 9), der in dieser Zeit hierin keine zu rigorose Forderung erblickte, Kuhn und Möllers (42), die einen verheirateten Mann, der verkehrt, für ehrlos erklärten, Mendel (46), der ein striktes Verbot des Geschlechtsverkehrs bei den Militärbehörden vorschlug, das von diesen indessen abgelehnt wurde. Sieht man von der von Fehlinger (21) hervorgehobenen Tatsache ab, daß der Geschlechtstrieb im Kriege im allgemeinen abgenommen hat, daß die Tätigkeit an der Front in dieser Richtung besonders erschlaffend wirkt, und im Schützengraben die Sinnlichkeit so gut wie erloschen ist und auch bei einem, wenigstens kurzen Aufenthalt in bewohnteren Gegenden nicht so schnell wieder auflebt, so hat sich doch im übrigen die Undurchführbarkeit derartiger utopischer Forderungen sehr bald herausgestellt [Eicke (19), v. Veress (61)], und zwar anscheinend mit solcher Deutlichkeit, daß selbst ihr ursprünglicher Verfechter Blaschko (5, 7) davon zurückgekommen ist und anerkennt, daß mit der verschiedenen Artung der Betreffenden zu rechnen ist, und daß sich insbesondere gerade in der Etappe viele ältere, verheiratete Leute befinden, die ohne Geschlechtsverkehr nicht auskommen können. Auch Balzer (1) betont, daß der Geschlechtstrieb für viele Soldaten nicht zu unterdrücken ist, und Schiffmann (58) muß mit Bedauern feststellen, daß die ihm unterstehenden Mannschaften weder durch Drohungen noch

Digitized by Google

durch Überredung vom Verkehr abzubringen waren, obwohl sie wußten, daß sie sich in einer Gegend befanden, in der durch die Indolenz der Bevölkerung die Geschlechtskrankheiten weiteste Verbreitung gefunden hatten. So wird die Enthaltsamkeit eine moralische Forderung bleiben, die weder durch Zwang noch durch Strafe zu erzielen ist, auf die gewiß, auch vor der Empfehlung von Schutzmitteln immer wieder unter Anrufung des Ehrgefühls hingewiesen werden soll [Blaschko (5), Bendig (2)]; auch daß Enthaltsamkeit für die meisten Menschen im Gegensatz zu weit verbreiteten Anschauungen unschädlich ist, sollte bei dieser Gelegenheit ausdrücklich hervorgehoben werden [Neisser (51), Jadassohn (37)]. Die Erkenntnis, das ideale Ziel nicht erreichen zu können, legt jedoch die Verpflichtung auf, die anderen Wege, die sich für die Beschränkung der Geschlechtskrankheiten bieten, nicht unbetreten zu lassen.

Wenn ein so zielbewußter und unermüdlicher Vorkämpfer für die Aufklärungsbewegung wie Neisser (50) sich zu dem Geständnis gezwungen sieht, gerade der Krieg habe die Erkenntnis beigebracht, daß diese nur einen gewissen kleinen Erfolg gehabt hat, so wird man sich auch davon nicht zu viel zu versprechen haben; Aufklärung, Belehrung und Warnung vor den Geschlechtskrankheiten, über deren Wesen und Gefahren noch immer weitgehende Unkenntnis besteht [Halberstädter (33)], stellen kleine Bausteine an dem großen Gebäude der Volkswohlfahrt auf geschlechtlichem Gebiete dar, deren Bedeutung wir nicht überschätzen, die wir aber doch auch nicht ganz vernachlässigen dürfen, und die deshalb ziemlich allgemein vorgeschlagen werden [Gaucher und Bizard (29), Pick (55), Beron (3), Blaschko (6), Klausner (41)]; Finger (22, 24) hält sie besonders für neu aufgestellte Formationen für wertvoll und empfiehlt außerdem Warnungsplakate auf den Bahnhöfen, wie solche in Brüssel zur Anwendung kommen [abgedruckt bei Dreuw (17)]. In Italien hat sich nach dem von Balzer (1) wiedergegebenen Bericht Pasinis eine Vereinigung für medizinische Propaganda gebildet, die bei dem Heere herumreist, über alle Fragen der Hygiene Rat erteilt, Merkblätter verteilt.

Da wir danach damit rechnen müssen, daß doch in zahlreichen Fällen Geschlechtsverkehr stattfinden wird, muß das Bestreben dahin gehen, ihn seiner Gefahren nach Möglichkeit zu entkleiden. Das geschieht zunächst durch die „persönliche Prophylaxe“ in Form der vor, bei oder nach dem Verkehr anzuwendenden Schutzmittel. Blaschko (5) empfiehlt als solche in erster Linie Fischblase, dann Gummipräservativ, dann Einträufelungs- und Einreibungsmittel, die am besten in einer Salbe zum Schutz gegen Syphilis und Tripper vereinigt sein sollten, Neisser (52) Kondom, Einfetten, Einträufeln von Protargol-Glyzerin 10—20 %, Novin-

Digitized by Google

jektolsalbe, Kaviblenstäbchen, Hoffmann (36) Präservativ, 33 % ige Kalomelsalbe (besser als die nicht fette Neisser-Siebertsche Salbe), mit Albargin 5 % getränkte Wattestäbchen einige Minuten in die Harnröhrenöffnung drücken, Klauber (40) ein Besteck mit Protargolstäbchen, die lange haltbar und den flüssigen Prophylaktizis vorzuziehen sind, Pick (55) Albargin, Kalomelsalbe, Finger (24) besonders die chemischen Mittel, die nach Pasini (53) in der italienischen Marine gute Resultate gegeben haben.

Klauber (40) hat das von ihm eingeführte Schutzbesteck so eingerichtet, daß es von jedem Mann bequem bei sich getragen werden könnte; da eine allgemeine Einführung nicht besteht und man sich auch nicht hierauf beschränken wird, muß die Gelegenheit, sich vor dem Verkehr mit Kondoms versehen und nach demselben Einträufelungen oder ähnliche Maßnahmen in bequemer und zweckmässiger Weise vornehmen zu können, nach Möglichkeit gefördert werden. Den Bezug der ersteren durch Automaten lehnt Blaschko (5) ab, er wünscht ihren Verkauf in Kantinen, Galewsky (27) und Hoffmann (36) in Revier- bzw. besonderen Sanitätsstuben, alle drei Autoren auch in den Bordellen, was nach Pick (55) unter Beifügung von Warnungsplakaten in Olmütz und nach Sattler (56) in Sarajewo eingeführt ist. Hierzu möchte ich bemerken, daß mir der Vertrieb in Bordellen, ebenso wie auch sonst durch Prostituierte, nicht unbedenklich erscheint, da die Gefahr vorliegt, daß bereits gebrauchte Präservativs verkauft werden können, an denen Krankheitskeime haften; etwas anderes wäre es natürlich, wenn es sich um unter militärischer Kontrolle stehende Bordelle handelt und der Verkauf in den Händen des Sanitätspersonals liegt. Die desinfizierenden Maßnahmen nach dem Verkehr wünscht man allgemein nicht durch die Soldaten selbst, sondern durch Sanitätspersonal vornehmen zu lassen, das Pick (55) für die Prophylaxe ausbildet und von dem er immer abwechselnd einen Mann Dienst tun läßt, der über die Ausführung und auch über die seit dem Verkehr vergangene Zeit Listen führt, es sollen dafür besonders geeignete Räume dienen, wie es Finger (24) unter Bescheinigung der erfolgten Ausführung, Galewsky (27) unter Benutzung der Revierstuben und ein Schweizer Armee-Befehl [Jadassohn (37)] unter Meldung im Krankenzimmer fordert. Am weitesten kommen den praktischen Bedürfnissen die Einrichtungen entgegen, wie sie Sattler (56) aus den Bordellen Sarajewos als besondere Räume, in denen die Desinfektion durch Sanitätspersonal ausgeführt wird und Biró (4) aus den ungarischen Kasernen beschreibt, in denen nahe der Toreinfahrt Gelegenheit zu Waschungen und prophylaktischen Einspritzungen nach der Nachhausekunft gegeben ist, ferner in der, auf den wohl großenteils in den späteren Abendstunden stattfindenden Verkehr Rücksicht nehmen-

Digitized by Google

den Einrichtungen eines besonderen Abendrevierdienstes nach Zapfenstreich bei KUHN und MÖLLERS (42).

Während v. VERESS (61) die persönliche Prophylaxe ebenso wie die allgemeine für undurchführbar hält, wird sie von anderen Seiten dringend empfohlen, um zu erreichen, daß möglichst wenig Leute dem Dienst entzogen werden [LESSER (44), BRINITZER (12), SATTLER (56), EICKE (19), FINGER (22, 24), KLAUSNER (41)]. PAUTRIER (54) läßt im Spital in Bourges Unterricht in ihr erteilen. Noch weiter gehen GALEWSKY (27), PICK (55) und BLASCHKO (5), die sich nicht auf die Empfehlung der Schutzmittel beschränken, sondern einen Zwang zu ihrer Anwendung eingeführt sehen wollen, letzterer immer unter der Voraussetzung, daß die Aufforderung zur Abstinenz und die Warnung vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten voraufgeht, auf die DREUW (18) auch auf den Packungen der Schutzmittel hingewiesen sehen will. TOUTON (60) lehnt den Zwang ab. Aus dem Bereich der 2. k. k. Armee berichtet MOLDOVAN (48), daß in den Feldbordellen die persönliche Prophylaxe nach dem Verkehr obligatorisch ist, in der Schweizer Armee ist sie binnen drei Stunden nach dem Verkehr vorgeschrieben [JADASSOHN (37)], und eine Verfügung des Nordamerikanischen Kriegsdepartements (20) legt den Offizieren die Verpflichtung auf dafür zu sorgen, daß sich Mannschaften, die sich der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt haben, sofort nach Rückkehr in das Lager oder die Garnison im Spital oder der Ambulanz den vom Generalarzt vorgeschriebenen prophylaktischen Maßnahmen unterwerfen.

Wenn auch gegen die Empfehlungen und den Zwang der Anwendung, wie wir gleich sehen werden, gewisse Bedenken nicht unterdrückt werden können, so muß doch HELENE FÜRTH (26) unbedingt darin Recht gegeben werden, daß die vielfachen Empfehlungen seitens der Behörden gegen die vor dem Kriege in Aussicht genommenen gesetzlichen Beschränkungen der Schutzmittel sprechen. LESSER (44) und BLASCHKO (8) verkennen nicht die ethischen Bedenken, die gegen die Empfehlung sprechen, worin immerhin eine Anreizung zum außerehelichen Verkehr erblickt werden könne. Trotzdem ist BRANDWEINER (11) für ihre Empfehlung, während SCHIFFMANN (58) dadurch einen Schaden für ängstliche Personen befürchtet, die sonst nicht dazu kommen würden; da auch bei den zum großen Teil auf niederer Bildungsstufe stehenden Leuten mit unrichtiger Anwendung gerechnet werden muß, erscheint es ihm sehr fraglich, ob die persönliche Prophylaxe im Felde etwas leistet. Die in der Schweiz vorgeschriebene, binnen drei Stunden vorzunehmende Prophylaxe hält JADASSOHN (37) für schwer durchführbar, da es sich oft um späte Abendstunden handele. Vor allem aber weist er ebenso wie BLASCHKO (8) und HALBERSTÄDTER (33) darauf hin, daß der Schutz nur

Digitized by Google

ein relativer, unsicherer ist. Das kann gar nicht eindringlich genug betont werden, zumal bei dem im allgemeinen geringen Verständnis der Leute diese geneigt sind, ein Schutzmittel, da seine Anwendung empfohlen wird, für ein absolut sicheres zu halten. Da die chemischen Mittel auch ihrerseits gar nicht selten Harnröhrenreizungen verursachen, ein Umstand, auf den meiner Meinung nach im allgemeinen zu wenig Gewicht gelegt wird, so ergibt sich jedenfalls die Notwendigkeit darauf hinzuweisen, daß trotz der Anwendung von Schutzmitteln die ärztliche Untersuchung nicht zu vernachlässigen ist.

Wie wir gesehen hatten, daß trotz aller Aufklärungsarbeit, trotz Aufforderung zur Enthaltsamkeit und Warnung vor den Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehrs mit dessen Ausübung gerechnet werden muß, so darf die Propaganda für die Anwendung der Schutzmittel, und selbst die weitgehendste Ausbildung der persönlichen Prophylaxe nicht darüber täuschen, daß trotzdem häufig genug Ansteckungen zustande kommen werden. Diese möglichst frühzeitig zu erkennen und in möglichstem Umfange zu erfassen, um sie geeigneter Behandlung zuzuführen, muß eine der wichtigsten Maßnahmen sein, damit einerseits die Erkrankten möglichst dienstfähig erhalten bzw. baldigst wieder dienstfähig gemacht, andererseits als Ausgangspunkt neuer Infektionen ausgeschaltet werden. Man wird sich nicht auf die Verpflichtung, jede Erkrankung sofort zu melden, beschränken können, besonders wenn die Angabe Hahns (32) zutrifft, daß die Erfahrungen mit der freiwilligen Meldung beim Militär sehr schlechte sind, vielmehr häufige Untersuchungen der gesamten Mannschaft vornehmen müssen, die in regelmäßigen Pausen [Beron (3), Eicke (19) wöchentlich, Pick (55) dreimal monatlich, Blaschko (5) vierzehntägig], nach letzterem außerdem noch unvermutet stattfinden sollen; Halberstädter (33) hält es für notwendig, daß diese Untersuchungen durch den Arzt selbst geschehen, und Schiffmann (58) legt nach praktischen Erfahrungen bei der Truppe Wert darauf, daß die Vorkehrungen wirklich so getroffen werden, daß sich niemand davon drücken kann. Er sah von eingehend und ausnahmslos durchgeführten Untersuchungen einen moralischen Einfluß auch insofern, als die Erkrankten sich schon vorher freiwillig meldeten, glaubt jedoch andererseits, daß bei unkomplizierter Gonorrhoe häufig Versager vorkommen. Finger (24) wünscht die Offiziere in den Untersuchungszwang einzubeziehen, ein durchaus berechtigtes Verlangen, dem der Erlaß des preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (38)] nur in sehr unbestimmter Form gerecht wird. Für die Untersuchung auf Syphilis gibt Balzer (1) den Rat, jede noch so geringe Läsion als verdächtig zu behandeln, ein Rat, der nicht eindringlich genug unterstützt werden kann.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Das Prinzip der Gramschen Färbung als Grundlage einer prognostisch allgemein verwertbaren Urinprobe, von Kronberger. (D. m. W., 1917, Nr. 24.) Um sicheren Aufschluß über den momentanen Allgemeinzustand der Patienten zu erlangen, gibt K. die Jod-Gentianaviolettreaktion des Harns an. Man benötigt für diese Reaktion folgende Jodlösung: Jodi puri 1,0, Kal. jodati 2,0, Aq. dest. 200. Die konzentrierte wäßrige Gentianalösung wird 200fach mit Brunnen- oder destilliertem Wasser verdünnt. Zur Ausführung der Methode mischt man in einem Meßzylinder: 1. 1 ccm der Jodlösung, 2. 10 ccm filtrierten Urin, 3. 1 ccm der verdünnten Gentianaviolettlösung, 4. 10 ccm absoluten Alkohol. Diese Mischung wird dann in ein Reagenzglas umgegossen und kräftig geschüttelt. Bei Fällen mit momentan infauster Prognose tritt Rotfärbung, bei günstig verlaufenden Fällen und bei normalen Harnen Blauviolettfärbung auf. Die Resultate dieser Methode ergeben wesentliche Vorteile gegenüber der Weissschen Permanganat-Urochromogenprobe und der Ehrlichschen Diazoreaktion. E. Brinitzer-Altona.

Medikamentöse Rotfärbung alkalischen Urins, von Saake. (Ther. d. Gegenw., April 1916.) S. beobachtete bei Darreichung von Purgen eine Rotfärbung des Urins. Bei Säurezusatz verschwand die Rotfärbung. E. Brinitzer-Altona.

Zur genaueren Unterscheidung der renalen Albuminurien nebst Bemerkungen über „Kriegsnephritiden", von Strauss. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 12.) S. beschreibt in dieser Arbeit eine sehr einfache Methode zur Ermittlung des „Eiweißquotienten", d. h. des Verhältnisses des Albumins und Globulins. Aber auch der mit der neuen Methode ermittelte Eiweißquotient gestattet keineswegs die topische Trennung der Albuminurien, d. h. die Unterscheidung von „tubulogenen" und „glomerulogenen" Albuminurien. Was nun die „Kriegsnephritiden" betrifft, ist dem Verfasser eine spezielle Eigenart im Verlaufe nicht aufgefallen. Als ätiologische Momente dürften in erster Linie toxische oder infektiöse Momente in Frage kommen. Die Erkältung spielt auch im Kriege als disponierende Ursache eine wichtige Rolle, die Hauptursache ist sie sicher nicht. E. Brinitzer-Altona.

Albuminurie nach Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne, von Edward Dotzel. (M. m. W., 1917, Nr. 24.) Dotzel beobachtete auch in mehreren Fällen nach Höhensonnenbestrahlung Albuminurie; er faßt dieselbe aber als „lordotisch" bedingt auf, verursacht durch die Lage bei der Bestrahlung. Beweis: Es wurde auch Albuminurie beobachtet nach Lagerung auf dem Bestrahlungstisch, ohne daß Bestrahlung statthatte. A. Witte-Bremen.

Die Albuminurie des Stehens, von Erich Nassau, im Felde. (Zschr. f. kl. M., 1917, Bd. 84, H. 1 u. 2.) Mehr als $^1/_4$ der untersuchten im Felde stehenden Soldaten sämtlicher Truppengattungen schied beim längeren Stehen Eiweiß aus. Die Eiweißausscheidung tritt beim Reagierenden schnell und regelmäßig ein. Das Eiweiß ist Serumalbumin. Sowohl die Sedimentsbefunde (Hämaturie und Zylindrurie) als auch die Wasserausscheidungskurve und der Effekt von Bewegungen sprechen für das Vorliegen einer Nierenstauung als Ursache der Eiweißausscheidung. Die Stauung ist mechanischer Natur: der lordotische Bau der Wirbelsäule, die asthenische Konstitution und in seltenen Fällen sich noch der Kenntnis entziehenden Faktoren führen bei längerer Zeit eingehal-

Digitized by Google

tener aufrechter Körperhaltung zur Kompression der abführenden Nierengefäße. Die stete Wiederholung der Stauung in der Niere, der besonders der Infanterist beim häufigen Postenstehen ausgesetzt ist, kann für die Nieren eines disponierten Individuums nicht gleichgültig sein; der Eintritt einer dauernden Schädigung liegt wohl im Bereiche der Möglichkeit. O. Gans-Karlsruhe.

Das Wesen und die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie, von v. Dziembowski. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1916.) 4 Fälle, die alle die vagotonischen Symptome und das für die Vagotonie charakteristische Blutbild (Verminderung der neutrophilen Blutzellen und Vermehrung der Eosinophilen und der Lymphozyten) aufwiesen, haben den Verfasser veranlaßt, die orthostatische Albuminurie als eine Teilerscheinung der Vagotonie zu erklären. Als ausschlaggebendes Moment für die Entstehung der Vagotonie und somit auch der orthostatischen Albuminurie faßt D. eine Funktionsverminderung des chromaffinen Gewebes und eine damit zusammenhängende Herabsetzung des Sympathicustonus auf. E. Brinitzer-Altona.

Zum Eiweißnachweis im Urin, von Eicke. (D. m. W., 1916, Nr. 34.) In Nr. 11 der D. m. W. 1916 hatte Liebers als schärfste Methode für die Eiweißbestimmung im Urin die Pandysche Reaktion empfohlen. Eicke hat nun nach dem Vorgange von Roberts, Brandberg, Stolnikoff Verdünnungsreihen hergestellt, um die Verdünnungsgrenzen zu ermitteln. Er fand bei einem sehr eiweißreichen Urin, daß die Verdünnung von 1:30 bei der Unterschichtung mit Salpetersäure noch eine Ringbildung erkennen ließ, während die Pandysche Reaktion nur bis zu einer Verdünnung von 1:18 positiv ausfiel. E. Brinitzer-Altona.

Eine Schnellmethode zur quantitativen Eiweißbestimmung im Urin, von K. L. Gad-Andersen. (Ugeskrift f. Læger, 1916, H. 14.) Der Verfasser hat einige Kontrollversuche über die von E. Lenk (D. m. W., 1915, S. 1281) angegebene Methode zur quantitativen Bestimmung der Eiweißmenge im Urin gemacht. Durch Zusatz von $BaSO_4$ hat er die Zeit für die Bestimmung bis 4 Minuten hinuntergedrückt, welche zur ganz fertigen Reaktion genügen. Bei Eiweißmengen von über 2‰ muß doch der Urin verdünnt werden, um korrektere Resultate zu erzielen. W. Holland-Kristiania.

Zur Kenntnis des im Harn nach Trionalvergiftung auftretenden Porphyrins, von Ellinger und Riesser. (Hoppe-Seylers Zschr., Bd. 98, H. 1 u. 2.) Den Verfassern ist es gelungen, aus dem Harn eines Falles von Trionalvergiftung einen Farbstoff zu isolieren, der in seiner elementaren Zusammensetzung mit dem von H. Fischer bei einem Fall von kongenitaler Porphyrinurie dargestellten Urinporphyrin übereinstimmt. E. Brinitzer-Altona.

Urobilinogenurie bei Malaria, von D. Antic und F. Neumann-Kragujevac. (Militärarzt, 1917, 51. Jahrgang, H. 6.) Verfasser machen auf das beständige Vorkommen von Urobilinogen im Harne Malariakranker aufmerksam, das als ein ausgezeichnetes differentialdiagnostisches Hilfsmittel zwischen atypischer Malaria und typhösen Erkrankungen dienen kann. Die Urobilinogenurie steht im ursächlichen Zusammenhang mit dem Zerfall der roten Blutkörperchen, aus denen Hämoglobin, Hämosiderin und als Verdauungsprodukt der Parasiten Melanin entsteht. Einige Tropfen der Ehrlichschen Lösung: Dimethylamidobenzaldehyd 2, Acid. hydrochlor. conc. 20, Aq. dest. 80 zu frisch gelassenem Harn geben in einigen Sekunden bis drei Minuten einen rotgefärbten Harn. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Bedeutung der Urobilinurie für die Unterscheidung der mit Ödemen einhergehenden Herz-, Leber- und Nierenerkrankungen, zugleich für Prognose und Therapie der Herzkrankheiten, von Hildebrandt. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 42.) Hindernisse im Abfluß der Galle, Ernährungsstörungen der Leberzellen durch

Digitized by Google

Blutstauung, Entzündung, Vergiftung bewirken eine unvollständige Resorption des Urobilins in der Leber, demzufolge eine Überschwemmung des Blutes mit Urobilin und Übertritt von Urobilin in den Harn. Starke Urobilinurie spricht gegen primäre Nephritis. Bei starker Albuminurie spricht Fehlen von Urobilinurie für primäre Nierenerkrankung; es ist jedoch zu beachten, daß bei Durchfällen die Resorption des Urobilins aus dem Darm Not leidet und eine sonst zu erwartende Urobilinurie ausbleiben kann. Bei Kreislaufstörungen, welche von Herz oder Lunge ausgehen, ist die Urobilinurie das früheste objektive Zeichen. Falls Kreislaufstörungen zu dauernden Leberveränderungen geführt haben, bleibt auch die Urobilinurie von Dauer, während bei der einfachen Stauungsleber die vorher nachweisbare Urobilinurie mit Wiedereintritt völlig kompensierter Herztätigkeit schwindet.

E. Brinitzer-Altona.

Ein Beitrag zur Klinik der Urobilinurie, von A. Kirch-Krems. (W. kl. W., 1916, Nr. 39.) Der Verfasser beobachtete, daß im Anschluß an Salvarsaninjektionen in manchen Fällen eine verschieden starke Urobilinurie bzw. Urobilinogenurie auftrat. Es handelte sich mit einer Ausnahme immer um Tabiker oder Paralytiker. Die Erscheinung war stets transitorischer Art und als Symptom einer reversiblen Parenchymschädigung der Leber aufzufassen. Im Anschluß wird ein Fall von Urobilinurie bei Basedow erwähnt.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Hämaturie nach Kriegsverletzung, von Georg Berg in Frankfurt a. M. (M. Kl., 1916, Nr. 17.) Berg berichtet die im Original nachzulesende, ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Hämaturie, dieselbe war aufgetreten erst acht Wochen nach der Verletzung: Gewehrschuß in hockender Stellung. Einschuß: unter dem linken Ellenbogen in die linke Seite in der mittleren Axillarlinie im neunten Interkostalraum; Ausschuß im elften Interkostalraum zwei Finger breit links von der Wirbelsäule. Die Zystoskopie ergab völliges Intaktsein der Harnröhre, Blase und rechten Niere, dagegen absolute Leere des linken Harnleiters. Durch Lendenschrägschnitt wurde die linke Niere bloßgelegt, wobei sich zeigte, daß dieselbe durch die abgebrochenen Fragmente der X. und XI. Rippe tief auf die Darmbeinschaufel hinabgedrückt war. Die Niere schien vergrößert, die Kapsel gespannt. Nach Ablösung der letzteren an der Nierenoberfläche deutliche Zeichen der Entzündung, sonst ohne Besonderheiten. Ausgang in Heilung. Verfasser betont die Wichtigkeit der zystoskopischen Untersuchung, die im Verein mit dem Röntgenogramm in vielen Fällen von Hämaturie erst Aufklärung schaffen kann.

O. Lasch-Breslau.

Eine neue Ursache der Hämaturie: die Phosphaturie, von Perrier. (Rev. méd. Suisse rom., 1917, S. 496.) Auf Grund einiger Beobachtungen kommt der Verf. zu dem Schluß, daß die Ausscheidung von Phosphaten zu renaler Blutung Veranlassung geben kann.

H. Vörner-Leipzig.

Über Marschhämoglobinurie, von L. Lichtwitz. (B. kl. W., 1916, Nr. 46.) Verf. beschreibt einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie eines 20jährigen, früher stets gesunden Soldaten. Die Hämoglobinurie war nach einem mittleren Marsch eingetreten, am nächsten Morgen wieder verschwunden, ließ sich aber bei Marschversuchen von 1—2stündiger Dauer stets erzeugen. Stehen in lordotischer Haltung erzielte keinen Blutfarbstoff im Harn, nur Eiweiß und den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper. Die in einer Arsenkur und zwei subkutanen Injektionen des eigenen Serums des Patienten bestehende Therapie bewirkte, daß nach zwei Monaten keine Anfälle wieder auftraten.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Pathogenese der paroxysmalen Kältehämoglobinurie, von O. P. Gerber-Pozsény. (W. kl. W., 1916, Nr. 39.) Der Verf. beobachtete, daß ein Patient, der

Digitized by Google

gelegentlich spontane Anfälle aufwies, dieselben auch dadurch experimentell bekam, wenn man ihm die mit einer Ligatur gestauten Arme längere Zeit stark abkühlte.

H. Vörner-Leipzig.

Über den qualitativen Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn, von H. Chr. Gellmuyden. (Nord. m. Arkiv, 1916, Abt. II, H. 2, Nr. 6.) Verf. hat an diabetischen und nichtdiabetischen Harnen vergleichende Prüfungen der Almén-Nylanderschen, Worm-Müllerschen und der Phenylhydrazinprobe angestellt, inwieweit sie sich dazu eignen zu entscheiden, wann der Zucker bei geeigneter Diät aus dem Harn schwindet und wann bei einer Toleranzbestimmung die ersten Spuren desselben wiedererscheinen. Die Phenylhydrazinprobe ist nach Erfahrung des Verf. die zuverlässigste. Zu ihr ist zu greifen, falls die anderen beiden Proben eine schwache Reaktion ergeben haben, bei der man im Zweifel bleiben kann, ob der Harn pathologischen Zucker enthält oder nicht. Allerdings ist sie weniger geeignet für den praktischen Arzt, weil ihre Ausführung am besten in einem Laboratorium stattfindet. Von den beiden Reaktionsdroben ist die Worm-Müllersche die empfindlichere und sehr wohl zur Anwendung in der Sprechstunde geeignet. Bei der Ausführung letzterer Probe hielt sich Verf. an die Originalvorschrift, bei der Almén-Nylanderschen an die von Hammarsten in seinem Lehrbuch empfohlene. E. Klemm-Leipzig.

Über die Anwendung des Methylenblaus zum Zuckernachweis im Urin, von Liebers. (D. m. W., 1916, Nr. 39.) L. empfiehlt diese Methode sehr für den Praktiker, da der Farbenumschlag ein sehr deutlicher ist. Von einer 0,1%igen wäßrigen Methylenblaulösung tut man 5 ccm in ein Reagenzglas und dazu 10—20 Tropfen offizinelle Kalilauge. Dann fügt man 5—6 Tropfen des zu untersuchenden Urins hinzu und läßt ein- bis zweimal aufkochen. Bei Anwesenheit von Zucker verschwindet die blaue Farbe — je nach der Menge des Zuckers mehr oder weniger rasch — und die Flüssigkeit wird hell und durchsichtig. Durch Schütteln der kalt gewordenen Flüssigkeit wird das Methylenblau wieder oxydiert, und die blaue Farbe tritt wieder auf. E. Brinitzer-Altona.

Über eine Harnsäurereaktion im Speichel, von Carl v. Noorden und Ilse Fischer, Frankfurt a. M. (B. kl. W., 1916, Nr. 39.) Verwendet wurde die von Folin angegebene kalorimetrische Methode, die auf Messen der bei Einwirkung von Phosphorwolframsäure auf Harnsäure nach Hinzufügen von Sodalösung entstehenden Blaufärbung beruht. Die Behandlung des Speichels nach dieser Methode ergab Werte von Spuren bis zu 100 mg Harnsäure in 100 ccm Speichel. Die höchsten Werte fanden sich bei zweiffellos Gichtkranken und bei Gichtverdächtigen; öfter, aber doch nicht so regelmäßig, bei chronischer Nephritis. E. Klemm-Leipzig.

c. Labien, Vagina usw.

Über spontane partielle Strangulation der Labia minora durch Pubes verursacht, von Otto Haslund. (Ugeskrift f. Læger, 1915, Nr. 50.) Es werden zwei Krankengeschichten besprochen; der Titel besagt das Wesentliche.

W. Holland-Kristiania.

Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz), von Jan T. Lenartowicz-Lemberg. (W. kl. W., 1917, Nr. 9.) Der Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen. Eine Infektion, insonderheit durch Geschlechtsverkehr, war auszuschließen. Die Geschwüre saßen auf den großen und kleinen Schamlippen sowie an der hinteren Kommissur. In den Geschwüren fanden sich die schon von Lipschütz beschriebenen grampositiven Stäbchen. Die Therapie: Abwaschungen mit Sublimatlösung und Einstreuen mit Jodoform und Dermatol bedingte sehr baldige Besserung und Heilung. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Eine Kombination von syphilitischem Primäraffekt der Vulva mit isolierter Vulvitis diphtherica, von EGYEDI. (D. m. W., 1916, Nr. 44.) Bei einem sieben Jahre alten Bauernmädchen im Gouvernement Lublin waren die großen Labien innen und außen mit einer graugelben Membran belegt, die Vulva stark gerötet. Die von der Membran angefertigten Ausstrichpräparate zeigten Diphtheriebazillen als beinahe allein anwesende Bakterien auf. Nach der Seruminjektion schwinden die Membranen, an deren Stelle aber bleiben breite, flache, wenig sezernierende Geschwüre zurück, deren Umgebung immer härter wird. Im reichlich vorhandenen Reizserum wird eine Unmenge von typischen Syphiliserregern gefunden. E. Brinitzer-Altona.

Soor der Vulva, von GOLLINER. (D. m. W., 1916, Nr. 50.) G. berichtet über eine 24jährige Frau, die wegen Juckens an den Genitalien in die Sprechstunde kam. Vulva und die unteren Partien der Scheide waren mit bläulich-weißen Auflagerungen bedeckt, die der Schleimhaut fest aufsaßen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Soorpilze. Durch Spülungen mit 3%iger Boraxlösung und Pinselungen mit 20%igem Boraxglyzerin stießen sich die Pilzrosen außerordentlich schnell ab.

E. Brinitzer-Altona.

Ein eigentümlicher Fall von Vaginismus, von NEERMANN. (Ugeskrift f. Læger, 1916, Nr. 20.) Ein 30jähriges Weib bot gleichzeitig mit den Vaginismusanfällen Zeichen einer rechtsseitigen Hydronephrose dar; es traten anhaltende Anfälle nach jedem Versuch, den Beischlaf auszuüben, auf. Nach Heilung des Vaginismus schwanden alle Symptome.

W. Holland-Kristiania.

Tuberkulose der Urethra und der Blase bei der Frau. Exstirpation der Blase, von ROSENBACH. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 47.) Bei einer 61jährigen Frau hat R. infolge ausgedehnter Blasentuberkulose die Blase exstirpiert und die Ureteren in die Vagina eingepflanzt. Zwei Monate nach der Operation enthielt der Urin nur Spuren von Eiweiß; im Sediment waren Plattenepithelien und Eiterkörperchen vorhanden, aber keine Zylinder, keine Nierenepithelien, keine Tuberkelbazillen. Das Allgemeinbefinden der Patientin war außerordentlich gut. Die Gefahr der aufsteigenden Infektion ist bei Einpflanzung der Ureteren in die Vagina nicht so groß wie bei Einpflanzung in den Darm. ALBARRAN führt dies darauf zurück, daß die Ureteren bei der Einpflanzung in die Vagina einen geradlinigen Verlauf haben, wodurch es zu keiner Stagnation des Urins kommt. Nach R. kommt aber noch der Umstand hinzu, daß die Vagina nicht so viele pathogene Keime hat wie der Darm und daß durch Spülungen die Schleimhaut reingehalten werden kann. E. Brinitzer-Altona.

Nierentuberkulose und Menstruation, von WILLY HOFMANN. (B. kl. W., 1916, Nr. 45.) Die bei Pyelitis beschriebene prämenstruelle Temperatursteigerung hat Verfasser auch in einem Falle von Nierentuberkulose beobachten können. Am dritten Tage nach Beginn des Anfalles setzte die Periode, früher als erwartet, ein. Mit ihrem Eintritt erfolgte kritischer Abfall des Fiebers und Rückgang der Verschlimmerung des Gesamtbefindens. Nach Entfernung der tuberkulösen Niere verliefen die darauffolgenden Perioden in normaler Weise. E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum, von V. MUCHA. (W. m. W., 1916, Nr. 28.) Verfasser hatte Gelegenheit, die Genitalschleimhaut eines 19 Monate alten Kindes mit Blennorrhoe, das an Scharlach und Masern starb, histologisch zu untersuchen. Es fand sich ein ausgesprochenes, meist aus einkernigen Rundzellen bestehendes Infiltrat der Vaginalschleimhaut in deren ganzer Ausdehnung. Auch der Schleimhautüberzug der Vaginalpartien des Uterus war befallen, doch setzten die Veränderungen am äußeren Muttermunde scharf ab. Die Schleimhaut des äußeren Muttermundes und des untersten Teiles des Zervikalkanales sowie der Drüsenschläuche zeigten

Digitized by Google

aber auffällige Veränderungen des Epithels, bestehend in mächtigen Epithelneubildungsvorgängen, über deren Ursache nichts Bestimmtes gesagt werden kann.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Strahlenbehandlung der Vulvaaffektionen, von Leopold Freund-Wien. (Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 12.) Freund empfiehlt zur Bestrahlung der Vulva eine Vulvaspreizzange, zu haben bei J. Odelga, Wien VIII, Alserstr. 23.

W. Chrzelitzer-Posen.

Primäres Vaginalkarzinom mit Radium und Röntgenstrahlen behandelt, von Isaac Levin. (M. Record, 1. Aug. 1914.) Die Behandlung bestand in der Einführung von 50 mg Radium direkt in das ulzerierte Karzinom achtmal durch je zwölf Stunden. Außerdem wurden zehnmal massive Röntgendosen verabreicht und zwar vom Abdomen her, um auch eventuelle Drüsenmetastasen zu beeinflussen. Der Erfolg war ausgezeichnet; an Stelle des Tumors findet sich eine Narbe, in der mikroskopisch keine Karzinomreste gefunden wurden.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Trichomonas-Kolpitis, von Hoehne. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 6.) Bei der sehr lästigen Trichomonas-Kolpitis hat sich dem Verfasser folgende Methode außerordentlich bewährt: an vier aufeinanderfolgenden Tagen wäscht er im Rinnenspekulum die Scheide sorgfältig mit in $1^0/_{00}$ Sublimatlösung getauchten Wattebäuschen ab, trocknet dann die Scheide und bedeckt die Scheidenwände unter gleichmäßiger Verteilung mit einer $10^0/_0$igen Borax- oder Soda-Glyzerinlösung. Zur Behandlung genügt ein Teelöffel von der Glyzerinlösung. Zum Schluß wird das Vestibulum und die Interlabialfurche ebenso behandelt. Oft werden schon nach vier Tagen normale Scheidenverhältnisse erzielt, um aber einen Dauererfolg zu erreichen, muß die Borax- oder Soda-Glyzerinbehandlung noch weiter fortgesetzt werden (zuerst jeden Tag, dann einen Tag um den anderen, dann zweimal wöchentlich). Die Glyzerineinbringung in die Scheide kann am besten mit einer Spritze bewerkstelligt werden. Das Ansatzstück muß am Ende mit einem dicken Knopf versehen und leicht gebogen sein. Um die Kranken zeitweilig vom Arzte unabhängig machen zu können, verschreibt Hoehne 3 ccm fassende leere Gelatinekapseln, die dann von den Patienten mit 2 ccm der $10^0/_0$igen Borax- oder Soda-Glyzerinlösung kurz vor dem Gebrauche gefüllt werden und in die Scheide eingeführt werden.

E. Brinitzer-Altona.

Die vaginale Trockenbehandlung mit Levurinose, von Zacharias. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 38.) Z. hat bei 40 Patienten die Levurinose zur Behandlung des Fluor albus, der Kolpitis, der Erosionen und leichter Endometritis mit gutem Erfolge angewandt. Die Technik der Behandlung ist folgende: Portio und Vagina werden mit in $1^0/_0$iger Solveollösung getränkter Watte gereinigt, dann mittels trockener Watte ausgewischt. Dann wird in das Spekulum etwa ein Teelöffel Levurinose geschüttet. Durch langsames Herausziehen des Spekulums unter leicht drehenden Bewegungen wird eine gute Verteilung der Levurinose erzielt. Zur Fixation dient ein mit einem Faden armierter Tampon, der nach etwa neun Stunden von den Frauen selbst entfernt wird. Hinterher Spülung mit Kamillentee. Diese Behandlung wird jeden zweiten Tag ausgeführt.

E. Brinitzer-Altona.

Spuman, ein Fortschritt in der täglichen Utero-Vaginal-Therapie, von Trebing. (Zbl. f. d. ges. Ther., 1916, H. 9.) T. hat das Spuman bei Fluor der verschiedensten Provenienz mit gutem Erfolge angewandt. T. gebrauchte zur Behandlung beide Stylus-Formen: die dickeren zu 1 g und die schlankeren zu 0,5 g, letztere besonders für die Behandlung der Zervix und Urethra. Bei frischen Blennorrhoen verordnete T. neben Bettruhe die dickeren Stäbchen, die zweistündlich eingeführt werden müssen. Bei

Digitized by Google

chronischen und hartnäckigen Katarrhen hat sich das Spuman cum Arg. nitr., Spuman. cum Zinc. sulf., Spuman. cum Protargolo, Spuman. cum Acid. tannic. sehr bewährt.

E. Brinitzer-Altona.

Über die Eingangsstelle und die Ausbreitungsweise der Tuberkulose im weiblichen Genitalsystem, von J. P. Hartmann. (Hospitalstidende, 1916, S. 1037.) Der Verfasser hat Einspritzungen von Tuberkelbazillenemulsionen in die Genitalien von Meerschweinchen gemacht und meint aus diesen Versuchen schließen zu dürfen: 1. Das Vorkommen von Tuberkulose im weiblichen Genitalsystem, durch spontane Einwanderung der Bazillen in die Scheide, muß im hohen Grade bezweifelt werden. Die Tierversuche, die möglicherweise als Stütze für die aszendierende Infektion angeführt werden konnten, sind so gut wie alle leicht anzugreifen. Alle Erfahrungen, die beim Studium der Krankheit am Menschen gewonnen sind, zeigen auch in dieselbe Richtung. 2. Die Tierversuche, die möglicherweise darauf deuten, daß die Bazillen imstande sind, sich eine Bahn durch das Innere der Kanäle, den natürlichen Strömungen entgegen, durchzubrechen, beruhen gewiß immer auf fehlerhafter Deutung der Präparate. Es gibt in solchen Fällen Anzeichen, daß sich die Infektion während einer Stase ausgebreitet hat, weil das Sekret keinen natürlichen Abfluß hatte, wenn die Mikroskopie demgegenüber nicht deutlich zeigt, daß die Ausbreitung durch die Lymphgefäße stattgefunden hat. 3. Die Möglichkeit einer primären Genitaltuberkulose, durch Kohabitation entstanden, läßt sich nicht verneinen. Jedenfalls muß dann eine Genitaltuberkulose beim Manne vorliegen. Daß ganz zufällig Bazillen mit dem Sperma an die höhergelegenen Teile des Genitalsystems hinauftransportiert werden sollten, läßt sich nicht annehmen. Die Fälle von Kohabitationstuberkulose, die bisher beschrieben sind, halten keiner sachlichen Kritik stand. Dasselbe gilt auch von allen veröffentlichten Tierexperimenten, die das Vorkommen einer solchen primären Tuberkulose beweisen sollen. W. Holland-Kristiania.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden?, von Reiter. (D. m. W., 1917, Nr. 22.) Um den Geburtenrückgang einzuschränken, wird es notwendig sein, alle frischen oder ungeheilten Blennorrhoiker bei der Demobilisierung nicht in die Heimat zu entlassen. Als geheilt dürfen nur solche angesehen werden, bei denen auch nach subkutaner Injektion von Gonokokkenvakzin mikroskopisch keine Trippererreger nachweisbar sind. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Die Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** fand am 27. März in Berlin statt. Referenten: Richter Dr. Bozi-Bielefeld, Soziale Richtlinien zur Bekämpfung der Prostitution; M. d. R., Dr. med. Struve-Kiel, Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Priv.-Doz. Dr. Franz von Veress in Klausenburg (Kolozsvár) wurde zum Professor der Dermatologie an der neugegründeten medizinischen Fakultät der Universität in Preßburg (Pozsony) ernannt.

Priv.-Doz. Dr. Richard Volk wurde zum Primararzte II. Kl. der Wiener staatlichen Krankenanstalten ernannt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. März 1918 | Nr. 13 | Band 66

Aus der k. k. Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag.

Zu Blochs Dopareaktion.

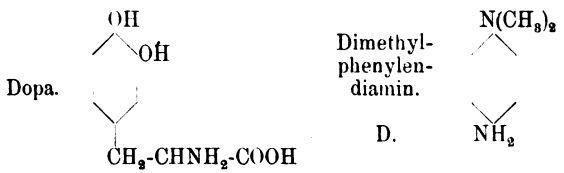
Von

C. Kreibich.

Durch Untersuchungen Blochs ist in der Pigmentfrage eine neue Tatsache bekannt geworden. Er kommt zu folgendem Schluß: „Die Pigmentbildung in der Haut und in den Haaren beruht auf einem enzymatischen Oxydations- und Kondensationsprozeß. Sie wird bewirkt durch die Tätigkeit eines bis dahin unbekannten, absolut spezifischen intrazellularen Oxydationsfermentes, der Dopaoxydase, deren Vorhandensein wir daran erkennen, daß sie Dioxyphenylalanin, welches fermenthaltigen Hautschnitten zugesetzt wird, zu einem dunkeln, unlöslichen, teils diffus, teils in Form von Granula im Protoplasma der Zellen abgelagerten Reaktionsprodukt oxydiert. Zwischen dem Auftreten von Pigment und der Oxydase besteht infolgedessen ein enger kausaler Zusammenhang."

An anderer Stelle stellt Bloch den Satz auf: „daß mit großer Wahrscheinlichkeit das Dioxyphenylalanin selbst oder doch ein ihm sehr nahestehender verwandter Körper (möglicherweise auch eine peptidartige Verbindung) als die Muttersubstanz des Pigmentes anzusehen ist".

Der letztere Satz wird abgeleitet aus der spezifischen Einstellung des Fermentes auf Dopa, und er muß sich als unrichtig erweisen, wenn diese Einstellung keine spezifische ist. Das heißt, wenn die Reaktion auch mit einer anderen von Dopa verschiedenen Substanz gelingt. Eine derartige Substanz ist z. B. Dimethylphenylendiamin (para) (Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz), im folgenden abgekürzt als D. bezeichnet.



Kollege Bloch stellte mir in entgegenkommender Weise etwas Dopa zur Verfügung; angesichts der sehr schönen Bilder, welche ich mit Dopa erhielt, erinnerte ich mich an D., welches ich zur Oxydasenreaktion nach

Digitized by Google

Winkler und als Entwickler bei Silberschnitten verwendete, und war nach dem Ablauf der Dopareaktion nicht überrascht, daß ich bei gleicher Technik mit D. die gleichen Resultate erhielt. So wie bei Dopa erscheinen ausschließlich die Melanoblasten bis in ihre feinsten Verzweigungen mit schwarzen Körnchen erfüllt, bei älteren Pigmentationen ist die Basalschicht schwarz gefärbt, desgleichen bekam ich auch in Nävi dieselben Bilder. Vielleicht, daß manchmal die Niederschläge etwas gröber waren als bei Dopa, was wohl damit zusammenhängt, daß mit D. die Reaktion in 10—15 Minuten vollendet sein kann. Übrigens hängt auch hier das Resultat ab vom Lösungsmittel, vom Ablauf der Reaktion in Brut- oder Zimmerwärme, vielleicht auch vom Alter und der Beschaffenheit des Präparats. Auf 20 ccm Wasser wird mittels Pinzette ein kleines Stückchen von D. gegeben, worauf sich die Flüssigkeit leicht rotviolett färbt. Man kann auch D. verwenden, das schon längere Zeit an der Luft gelegen ist.

Statt Wasser benutzte ich auch Kochsalzlösung. Statt Gefrierschnitte legte ich dünnste Thierschlappen in die Flüssigkeit; das Resultat ist wie erwähnt das vollkommen gleiche wie bei Dopa, da wie dort eine Schwärzung des vorhandenen Pigmentes und Propigmentes, eine Graufärbung bestimmter Zellen mit feinem, schwarzem Detritus in denselben, höchst auffallenderweise nur die oberflächlichsten Nävuszellen betreffend, feinster Niederschlag in den Melanoblasten der jüngsten Pigmentstadien (spitze Kondylome), wobei schwer zu unterscheiden ist, ob es sich um geschwärztes Propigment oder um niedergeschlagenes D. handelt.

Die Frage, wie obige Reaktion abläuft, bietet Schwierigkeiten, die mir nicht unbekannt waren. Ich habe vor kurzem berichtet, daß neben Nervenzellen in der Haut sich vital auch die Langerhansschen Zellen mit Rongalitweiß färben und zwar vor den umgebenden Basalzellen. Ich habe bei dieser Gelegenheit mich dahin entschieden, daß die Langerhansschen Zellen Melanoblasten sind. Die vitale Färbung mit Rongalitweiß habe ich, einer Erklärung ausweichend, auf chemisch-physikalische Eigenschaften der Zelle bezogen. Die intensive Färbung mit Rongalitweiß wäre im Sinne Unnas als Sauerstoffort, das Festhalten von Farbschollen als besondere physikalische Eigenschaft der Melanoblasten zu deuten. Die gleichen Schwierigkeiten wie dort ergaben sich mir hier bei der Dopa oder D.-Reaktion.

Nach Bloch bewirkt eine Oxydase in den Melanoblasten, Basal- und Nävuszellen die Oxydation des Dopa und wohl auch des D. zu einem schwarzen Körper, der Pigment und Propigment schwarz, das Protoplasma mancher Zellen grau färbt, sich aber weiter in kondensierter Form als schwarzer Niederschlag in denselben Zellen niederschlägt.

Selbst wenn keine Oxydase vorliegen würde, die Oxydation sagen

Digitized by Google

wir so wie in Unnas Sauerstofforten einfach durch aktiven Sauerstoff erfolgt, kurz, wenn überhaupt in den Melanoblasten eine lebhafte Oxydation stattfindet, so wäre diese von Bloch konstatierte Tatsache ein großer Fortschritt in der Pigmentfrage. Allerdings müßte meiner Meinung nach dieser Befund noch weiter gestützt werden und mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden, daß es sich nicht um eine relativ leicht angreifbare Eigenschaft des Pigmentes, Propigmentes, des Melanoblastenprotoplasmas handelt, sich elektiv mit Dopa oder D., welches durch den Sauerstoff in der Lösung oxydiert wird (Dunklerwerden der Lösung) zu färben.

Als Nebenbefund sei erwähnt, daß sich in der violetten Lösung von D. Hornschichten lichtblau und Fett rötlichgelb färbten.

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

Man wird bei diesen prophylaktischen Maßnahmen ohne Strafandrohungen nicht auskommen. Den Geschlechtsverkehr als solchen unter Strafe zu stellen, wie das vielleicht, wenn auch nicht von ärztlicher Seite, vorgeschlagen ist, lehnen Blaschko (6) und Touton (60) auf das entschiedenste ab. Dagegen wollen Blaschko (5, 7), Pick (55), Eicke (19), Jadassohn (37) den ohne persönliche Prophylaxe ausgeübten Verkehr bestraft sehen, letztere beiden auch, wenn es dadurch nicht zu einer Ansteckung gekommen ist; allerdings meint Jadassohn (37), daß dann im allgemeinen diejenigen zur Bestrafung kommen werden, die erkranken, wodurch die Verheimlichung der Erkrankung begünstigt wird. Die Nichtbenutzung der Schutzvorrichtungen in den Bordellen von Sarajewo wird mit Strafe bedroht [Sattler (56)], und das nordamerikanische Kriegsdepartement (20) will die die vorgeschriebenen prophylaktischen Maßnahmen nicht Befolgenden wegen Pflichtverletzung vor Gericht stellen. Eine Bestrafung wegen Erkrankung liegt gewissermaßen in der bei der bulgarischen Armee bestehenden Bestimmung, daß die infolge von Geschlechtskrankheit versäumte Dienstzeit nach dem Kriege nachgeholt werden muß [Beron (3), Kayser-Petersen (39)]; man verspricht sich davon insofern eine gute Wirkung, als die Kranken sich frühzeitig melden, um schneller geheilt zu werden. In ähnlicher Weise will v. Veress (62) durch die Androhung

Digitized by Google

einwirken, daß bei der Demobilisierung alle erkrankt Befundenen zurückgehalten werden sollen, was übrigens möglicherweise tatsächlich der Fall sein wird. Im übrigen bietet die Erkrankung nur unter Umständen Anlaß zur Bestrafung, und zwar wenn die Infektionsquelle nicht angegeben werden kann [Blaschko (5), Eicke (19)], vornehmlich aber, wenn eine Verheimlichung stattgefunden hat; dies kommt in dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (38)] und den Vorschlägen von Blaschko (5, 6), Eicke (19), Touton (60) zum Ausdruck, denen sich auch Beron (3) anschließt, der allerdings eine Schwierigkeit in der Feststellung der Zeit der Infizierung erblickt, die die bulgarischen Soldaten mit Rücksicht auf die Verpflichtung des Nachdienens in die Zeit vor der Mobilisierung zu verlegen bestrebt sind.

Wir haben also eine nicht geringe Zahl von Maßnahmen, die durch Warnung und Belehrung der Verständigen, durch Zwang und Bestrafung der Unverständigen eine Verminderung der Infektionen und eine schnelle Aussonderung der Erkrankten herbeizuführen geeignet sind. Es wäre aber verkehrt, hierbei stehenzubleiben und nicht auch den weiblichen Teil der Bevölkerung, d.h. wesentlich die Prostitution in ihren verschiedenen Formen, in den Kreis der vorbeugenden Maßnahmen einzubeziehen.

Eine wenig erfreuliche Erscheinung der ersten Kriegszeit war die schlagartig zunehmende Vermehrung der Prostitution und das damit verbundene Sinken ihres Niveaus, das sich nach Touton (60) in recht bedenklicher Weise in vermehrter Beziehung zum Verbrechertum und darin äußert, daß die bisher besseren Prostituierten nicht mehr so viel Sorgfalt auf sich verwenden können und mehr Infektionen unterliegen. Die Zunahme betrifft nach ihm und Balzer (1) besonders die unkontrollierte, klandestine. Die Ursachen des vermehrten Zustromes zur Prostitution liegen klar zutage; abgesehen von dem von Finger (23) für einen Teil der Fälle herangezogenen, auf andere Weise nicht zu befriedigenden Geschlechtshunger vieler Frauen beruht er nach ihm und Blaschko (6) auf den durch die plötzlichen Umwälzungen bewirkten veränderten und verschlechterten Arbeitsverhältnissen, wodurch zahlreiche weibliche Personen in Not gerieten. Ein wesentlicher Teil dieser Prostitution heftet sich dem Heere an die Fersen und findet sich da, wo größere Truppenansammlungen stattfinden; damit mag im Zusammenhang stehen, daß Finger (24) in Wien eine Abnahme der Straßenprostitution feststellen konnte, und daß diese in Stuttgart nach den Beobachtungen Bendigs (2) in der ersten Zeit wohl anstieg, dann aber auf ihren normalen Stand zurückging.

Auf die in der Heimat und in Feindesland brotlos gewordenen Personen, die sich aus wirklichen Arbeiterinnen, Kellnerinnen sowie solchen Elementen zusammensetzen, die zwar nicht offizielle Prostituierte waren,

Digitized by Google

diesen jedoch nahestanden, lenkte Blaschko (5. 6. 8) die Aufmerksamkeit und trat eifrig für die Notwendigkeit ein, ihnen Arbeitsverdienst, bzw. soweit dies nicht möglich, Nahrung und Obdach evtl. in Heimen und Asylen zu schaffen. Es würde dies, wie auch Kuhn und Möllers (42) betonen, eine Einschränkung der Anreizung zum Geschlechtsverkehr bewirken, wie eine solche auch durch das von Beron (3) geforderte Verbot der Kaffeehäuser und Hotels für Prostituierte und die von Finger (24) geforderte Erschwerung des Zuganges zum Etappenraum sowie das Verlangen Gauchers (28) erzielt werden soll, den Aufenthalt im Heeresgebiet von der Genehmigung der Militärbehörden abhängig zu machen, die jedoch auf die Gefahren der heimlichen Prostitution aufmerksam gemacht werden müßten.

Über die Wirksamkeit der Reglementierung und ärztlichen Kontrolle der Prostitution gingen bekanntlich in Friedenszeiten die Anschauungen sowohl unter den Ärzten, besonders aber in den Kreisen, die sich sonst mit diesen Problemen beschäftigten, weit auseinander. Es dürfte zwar gewagt erscheinen, aus im Kriege eingeführten und für richtig befundenen Maßnahmen Rückschlüsse auf deren Beibehaltung für normale Zeiten zu machen, da weitergehende Beschränkungen der persönlichen Freiheit auf den mannigfachsten Gebieten des bürgerlichen und wirtschaftlichen Lebens sich im Interesse der Kriegsführung und dessen, was damit zusammenhängt, als erforderlich erwiesen haben, mit deren Wiederaufhebung für später gerechnet werden muß. Das kann aber doch behauptet werden, daß es sich dabei immer nur um den Grad des Zwanges, nicht um das durch ihn zu erreichende grundlegende Prinzip und die Zweckmäßigkeit des durch ihn bewirkten Effektes handeln kann; und wenn ein so scharfer Gegner der Reglementierung und Kontrolle wie Blaschko (7) diese im Kriege für nötig hält, so ist nicht einzusehen, weswegen die Segnungen dieser Einrichtungen im Frieden fortfallen sollten. Finger (25) hat des näheren ausgeführt, weshalb die bisherige Art der Überwachung der Prostitution ihre Aufgabe nicht erfüllt hat, und zwar sucht er die Ursachen in den seit ihrer Einführung so wesentlich gewandelten Anschauungen über die Ansteckungsgefährlichkeit und Heilbarkeit der Syphilis einerseits, der seit der Ausbildung der Gonokokkenuntersuchung so häufig als schwer zum Schwinden zu bringen nachgewiesenen Gonorrhoe andererseits, ferner der geringen Zahl der Kontrollierten. Gerade für den letzten Punkt haben die Erfahrungen des Krieges und die zunächst im Interesse der Schlagfertigkeit des Heeres erforderlichen Maßnahmen Wandel geschaffen, und wenn vielleicht auch v. Veress (62) mit seiner Forderung der polizeiärztlichen Untersuchung der weiblichen Bevölkerung zwischen 14 und 55 Jahren noch kein Glück haben wird und die Fernhaltung kranker

Digitized by Google

Prostituierter nicht zu erreichen ist [Kuhn und Möllers (42)], so besteht die ganz allgemein geforderte und großenteils durchgeführte Kontrolle, die allerdings nach Lesser (44) gleich mit der Mobilmachung hätte einsetzen sollen, und für die Touton (60), Blaschko (6) (für Heimat und besetztes Gebiet), Lipschütz (45) (für das Kriegsgebiet, und zwar durch besonders spezialärztlich ausgebildete Militärärzte), Klausner (41) (besonders für die heimliche Prostitution), Pick (55) (mit dreimal wöchentlicher Untersuchung), Gaucher (28) und Simon (59) eintreten, der über die wesentliche Verschärfung der Kontrolle in Italien berichtet, wo sie sich vor dem Kriege überhaupt nur auf die Bordelle beschränkt hatte. Über die Verbesserung der bisher sehr im argen liegenden Kontrolle in Mazedonien berichtet Beron (3), über die in Warschau überhaupt erst ganz neu geschaffenen Einrichtungen Lennhof (43); hier ist dadurch innerhalb eines halben Jahres eine Verminderung der Erkrankungen um 50 % erreicht worden. Der Grenzen des mit der Kontrolle Erreichbaren müssen wir uns, gerade wenn wir auf ihrem Boden stehen, stets bewußt bleiben; deshalb hält Blaschko (9) die von Haberling (31) vorgeschlagenen Ausweiskarten, die die gesund befundenen Dirnen mit dem Datum der Untersuchung erhalten, und die sich die Soldaten vorlegen lassen sollen, mit Recht für bedenklich, mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten völlig einwandfreier Untersuchung, und Dreuw (18) rät den Soldaten, jede Dirne für verseucht zu halten, auch wenn sie eben erst das Untersuchungszimmer verlassen hat. Übrigens spricht Haberling (31) selbst nicht von einer Sicherheit, sondern von einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Gefahrlosigkeit des Verkehrs mit derartigen Prostituierten.

Für die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten ist es von größtem Werte, alle Infektionsquellen baldigst aufzufinden und unschädlich zu machen [Merz (47), v. Veress (62)], was durch die regelmäßigen Untersuchungen nicht gelingen kann, zumal diesen nur ein Teil der in Betracht kommenden Personen unterliegt. Zum Zwecke dieser Feststellung sind die erkrankten Soldaten verpflichtet, Namen und Adresse der Person anzugeben, mit welcher der Verkehr stattgefunden hatte [Finger (24)]. Das ist bei nicht kasernierter Prostitution nach Sattler (56) oft schwer, weshalb Blaschko (5) auch verlangt, daß ein derartiger Verkehr nicht an dritter Stelle (Absteigequartier, Hotel) stattfinde, außer wenn diesem die Mädchen bekannt sind. Buschke (14) hatte schon im Anfang des Krieges auf die Notwendigkeit hingewiesen, bei Aufnahme geschlechtskranker Soldaten in Heimatslazaretten nach der Infektionsquelle zu forschen, um bei Masseninfektionen in Bordellen des besetzten Gebietes diese schließen zu können. Die Auffindung der Infektionsquelle gelang Bruck (13), der übrigens bei dieser Gelegenheit auf die wohl jedem

Digitized by Google

Dermatologen geläufige Tatsache hinweist, daß häufig bei durchaus negativem klinischem Befunde bakteriologisch der Krankheitsnachweis gelingt, bei einer Kriegslazarettabteilung meist leicht, während sie nach Finger (25) meist versagt. Es hängt hierbei wohl viel davon ab, ob die Behandlung des Erkrankten am Orte der Infektion oder wenigstens in der Nähe stattfindet, so daß die Untersuchung der angeblichen Infektionsquellen schnell in die Wege geleitet werden kann. Nach eigenen Erfahrungen kann ich sagen, daß Meldungen über Infektionsquellen im Heimatsgebiet bei im Felde nach Heimatsurlaub erkrankten Soldaten hier oft so spät eintrafen, daß ein brauchbares Ergebnis von den Untersuchungen nicht zu erwarten war.

Abgesehen von der verschärften Gesundheitskontrolle sind Zwangsmaßregeln vorgeschlagen worden, die weit über alles hinausgehen, was man im Frieden für möglich oder nur für erforderlich gehalten hätte. Es handelt sich hierbei um eine Internierung für die Dauer des Krieges, die sich bei Neisser (51) sowie Kuhn und Möllers (42) auf alle Prostituierten, deren man habhaft werden kann, bei Mendel (46) auf alle Erkrankten, bei Finger (24) auf die nach beendeter Behandlung noch infektionsgefährlichen, bei Blaschko (5, 8) auf die arbeitslosen, vagabundierenden Elemente in Feindesland, auf die bei der von ihm erstrebten Schließung vorhandenen gesunden bisherigen Insassinnen der Bordelle, sowie diejenigen, die einmal erkrankt gewesen und dann wiederum bei Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht betroffen wurden, erstrecken soll. Als Anstalten kommen Arbeitshaus, bzw. nach Finger (24) solche, die teils Spital, teils Arbeitshaus sind, in Betracht. Ob irgend einer dieser Vorschläge zur Ausführung gelangt ist, ist nicht bekannt, und über ihren Wert kann man sehr verschiedener Ansicht sein; die Internierung kranker, bzw. krank gewesener Personen könnte berechtigt erscheinen, wenn man die Möglichkeit wirklicher Heilung in Frage stellt, und insofern könnte dadurch, wie Blaschko (5) meint, eine Verbesserung des Materials bewirkt werden. Wenn er aber auch Vorteile in der Verringerung des Materials erblickt, die jedenfalls in der dadurch eintretenden geringeren Anreizung bestehen sollen, ein Gedankengang, der auch die Autoren beherrscht, die für die Internierung aller Prostituierten eintreten, so dürften sie doch zu wenig Gewicht legen auf die dann jedenfalls automatisch sich ergebende stärkere Belastung des nicht gewerbsmäßigen Verkehrs, und ob dann der von Blaschko (9), wenn auch vom Standpunkt der Moral verurteilte, so doch von dem der Hygiene gebilligte Verkehr mit der Quartierwirtin in der Etappe so unschädlich bleiben würde, erscheint doch recht fraglich. Auch muß mit dem dauernden neuen Zugang gerechnet werden, da bei der Länge des Krieges ja genügend frisches weibliches Material in das geschlechtsfähige Alter hineingewachsen ist.

Digitized by Google

Weniger mit den Friedensanschauungen in Widerspruch stehend ist Blaschkos (5) Forderung von Freiheitsstrafen für Straßenprovokation, und mit Genugtuung kann der Erlaß des damaligen Oberbefehlshabers Ost (v. Hindenburg) vom 22. Juni 1915 begrüßt werden [zitiert nach Neisser (50)], durch den Frauenspersonen — auch nicht prostituierte — mit Gefängnis bestraft werden, wenn sie geschlechtlich verkehren, obwohl sie wissen, daß sie geschlechtskrank sind. Schäfer (57) möchte diese Verordnung für später beibehalten sehen, denn wenn auch die Kenntnis der Krankheit oft schwer nachweisbar sei und die Bestimmung vielleicht nicht oft zur Anwendung kommen würde, so wirke sie jedenfalls abschreckend, und es müsse geprüft werden, ob sie nicht auch auf männliche Personen auszudehnen sei.

Wenden wir uns der Frage zu, welche Kategorien von Frauenspersonen für die Infektionen am meisten in Betracht kommen, so muß man zunächst Sattler (56) beistimmen, daß die Winkel- und Straßenprostitution schwerer zu erfassen ist als die kasernierte, so daß es nicht wundernehmen kann, daß sie, ebenso wie die ihr in vieler Beziehung nahestehende Gelegenheitsprostitution für die gefährlichste gehalten und ihr ein starker Anteil an den Infektionen zugeschrieben wird [Kuhn und Möllers (42), Haberling (31), Blumenfeld (10)]. Mulzer (85) berichtet von einem Falle, in dem sich 19 Landsturmleute bei einer Wäscherin angesteckt haben. Auch Finger (25) hält die kontrollierte Prostitution für am wenigsten gefährlich, während nach Gennerich (30) die gewerbsmäßige Prostitution häufiger zu Infektionen führt als die geheime. Statistische Angaben geben Brinitzer (12) (von 750 Kranken) und Hecht (34, 35), und es wurden als Infektionsquellen angegeben bei:

Brinitzer	13% Bordelle	27% Straßenprost.	60% gelegentlicher Verkehr
Hecht	35% „	25% „	40% anderweitig.

Ist schon bei Hecht (34, 35) ein bedeutender Anteil der Bordellinfektionen zu bemerken, so beziffert Pick (55) ihren Anteil auf 56—59%; Moldovan (48) glaubt, daß die Infektionen in ihnen überwiegen, und Beron (3) sowie Blaschko (7, 9) meinen, daß sie zu Masseninfektionen führen und zu Seuchenherden werden können, wozu wohl die von letzterem und Pick (55) festgestellte übermäßig starke Benutzung der Insassinnen (25—40mal täglich) wesentlich beiträgt. Ihre hygienische Überwachung hält Blaschko (5) für unmöglich, und auch Kuhn und Möllers (42) sehen Bordelle, selbst bei regelmäßiger Überwachung als bedenklich an, während Hoffmann (36) glaubt, daß die Prostitution in ihnen am besten überwacht werden könne. Außerdem erblickt Blaschko (5) in ihnen die stärkste Verführung durch den sich entwickelnden Massenbetrieb, und auch Eicke (19), der im übrigen kein Gegner ist, kann

Digitized by Google

ihnen eine gewisse Provokation nicht absprechen. Diese Erwägungen haben Beron (3), Blaschko (5, 8), Kuhn und Möllers (42) bestimmt, für eine Schließung sämtlicher Bordelle einzutreten. Demgegenüber hält Eicke (19) sie für hygienisch einwandfreier, und es wird die Einrichtung von militärisch, besonders spezialärztlich überwachten Bordellen von de Napoli (49), v. Veress (62), Buschke (15) direkt gefordert, welch letzterer dies für die beste prophylaktische Maßnahme hält. Einzelne Bordelle evtl. ausschließlich für Soldaten freizuhalten, befürworten Haberling (31) und Balzer (1) in seinem Vorschlage der Einrichtung von Maisons de tolérance mit scharfer Trennung der Besucher. Für den Fall, daß die Bordelle nicht geschlossen werden, hält Blaschko (7, 9) eine tägliche Untersuchung der Mädchen für erforderlich. Auch eine zwangsweise Untersuchung der männlichen Besucher ist vorgeschlagen [Galewsky (27), Haberling (31)] und nach Moldovan (48) in den bei der 2. k. k. Armee eingerichteten Feldbordellen eingeführt. Blaschko (5, 8), der sie gleichfalls, und zwar auch für Offiziere fordert, hält es für fraglich, ob sie für die ganze Dauer des Krieges werde durchgeführt werden können, und steht ihr überhaupt skeptisch gegenüber. Wenn er (9) aber vorschlägt, die Untersuchung evtl. durch Sanitätspersonal vornehmen zu lassen, so heißt das, sie von vornherein illusorisch machen, da dieses nach keiner Richtung hin die dafür erforderlichen Qualifikationen besitzt. Auch wäre dies das beste Mittel, die bei dem Sanitätspersonal an und für sich schon vorhandene Neigung zur Kurpfuscherei zu steigern.

Über die Methoden der Behandlung geschlechtskrank befundener Prostituierter wird nichts Besonderes berichtet. Finger (24) wünscht, daß die Behandlung nicht im Etappenraum, sondern im Hinterland, v. Veress (62), daß sie nicht ambulant vorgenommen, Blaschko (5), daß sie länger als im Frieden ausgedehnt, und daß im besetzten Gebiet die Untersuchung zwecks Entlassung aus der Behandlung nur durch deutsche Ärzte vorgenommen werde. Eine Assanierung der Prostitution wird angestrebt durch die Vorschläge von Neisser (51, 52), alle Prostituierten mit Salvarsan, evtl. + Hg, und von Gennerich (30), die gewerbsmäßigen Prostituierten in achtwöchigen Pausen 14 Tage lang im Krankenhaus an Lues und Gonorrhoe zu behandeln. Ob diese von Neisser als Präventivbehandlung gedachte Maßnahme geeignet ist, bisher nicht syphilitisch erkrankt gewesene Personen vor der Infektion zu schützen, erscheint zum mindesten fraglich, wenn man die schnelle Ausscheidung des Salvarsans aus dem Körper in Betracht zieht.

Literatur.

1. Balzer, F., La Prophylaxie antivénérienne par les administrations civiles et militaires. La Presse méd., 1916, Nr. 2. — 2. Bendig, Die Bedeutung der Geschlechts-

Digitized by Google

krankheiten für den Krieg, mit Berücksichtigung des Württembergischen XIII. Armeekorps. Württ. med. Korr. Bl., 1915, Nr. 19. — 3. Beron, R., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. Derm. W., 1916. Bd. 62, Nr. 31, 32. — 4. Biró, E., Über die Prophylaxe der Blennorrhagie und anderer venerischer Erkrankungen. Urologia, Beibl. d. Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 4. (Ref. Derm. W., 1915, Bd. 61, S. 720.) — 5. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig 1915. — 6. Blaschko, A., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1914, Nr. 40. — 7. Blaschko, A., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 19. — 8. Blaschko, A., Die Prostitution in Kriegszeiten. Dtsch. Strafr. Ztg., 1914, Nr. 8, 9. — 9. Blaschko, A., Der Krieg und die Geschlechtskrankheiten. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1914, Bd. 12, Nr. 6. — 10. Blumenfeld, A., Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Der Militärarzt, 1916, Nr. 13. — 11. Brandweiner, Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 41. — 12. Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern. M. Kl., 1915, Nr. 17. — 13. Bruck, C., Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 4, Feldbeil. — 14. Buschke, A., Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde. D. m. W., 1914, Nr. 48. — 15. Buschke, A., Erwiderungen zu dem Aufsatz von K. Mendel. D. m. W., 1915, Nr. 4. — 16. Deutsche Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), a) Ausschußsitzung 18. IV. 1915. Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 550; b) Merkblatt f. Soldaten. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1390. — 17. Dreuw, W., Statt der Beratungsstellen ein Gesundheitsamt. Ärztl. Vbl., 1916, Nr. 1099. — 18. Dreuw, W., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Berlin 1915. — 19. Eicke, H., Einiges zur Verhütung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. Kl., 1915, Nr. 24. — 20. Erlaß des Kriegsdepartements der Nordamerikanischen Union. Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 40. — 21. Fehlinger, H., Krieg und Geschlechtsleben. Zschr. f. Sexualw., 1916, Bd. 3. H. 3. — 22. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 23. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 24. Finger, E., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und deren Bekämpfung. W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 7—10. — 25. Finger, E., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande. Feldärztl. Tagung der k. k. 2. Armee. Lemberg, Februai 1917. W. kl. W., 1917, Nr. 12. — 26. Fürth, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Krieg und die Schutzmittelfrage im Lichte der Bevölkerungspolitik. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 16, Nr. 10. — 27. Galewsky, Über die Behandlung geschlechtskranker Soldaten und die spätere Fürsorge für dieselben. Fortschr. d. Med., 1915/16, Nr. 34. — 28. Gaucher, La lutte contre les maladies vénériennes et la syphilis. La Presse méd., 1916, Nr. 33, 34, 36. — 29. Gaucher und Bizard, Syphilis nach zwei Kriegsjahren. Ann. des mal. vénér., Jan. 1917. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 21.) — 30. Gennerich, Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W. 1915, Nr. 16. — 31. Haberling, W., Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1914, Bd. 15. — 32. Hahn, R., Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Ärztl. Vbl., 1917, Nr. 1115. — 33. Halberstädter, L., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Truppe. D. m. W., 1915, Nr. 42. — 34. Hecht, H., Ein Vorschlag zur Sanierung der Prostitution Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 212. — 35. Hecht, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Abrüstung. W. kl. W., 1916, Nr. 14. — 36. Hoffmann, E., Zur

Digitized by Google

Bekämpfung der Läuseplage und Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Derm. Zschr., 1915, Nr. 4. — 37. Jadassohn, J., Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten im mobilisierten und im Kriegsheer. Schweiz. Korr. Bl., 1915, Nr. 12. — 38. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung. Berlin 1916. — 39. Kayser-Petersen, Bulgarisches zur Frage der Geschlechtskrankheiten, M. m. W., 1917, Nr. 19, Feldbeil. — 40. Klauber, E., Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1915, Nr. 49. — 41. Klausner, Krieg und Geschlechtskrankheiten. Prag. m. W., 1915, Nr. 9. — 42. Kuhn, Ph. und Möllers, B., Hygienische Erfahrungen im Felde. M. Kl., 1915, Nr. 18. — 43. Lennhoff, R., Gesundheitszustand in Warschau. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., Bd. 14, H. 3, 4. — 44. Lesser, E., Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 23. — 45. Lipschütz, Kurze Notiz zu den Vorschlägen betreffend die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen unmittelbar nach dem Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 31. — 46. Mendel, K., Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde. D. m. W., 1915, Nr. 4. — 47. Merz, H., Die dermatologisch-venerologische Abteilung der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn. Schweiz. Korr. Bl., 1917, Nr. 4. — 48. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung bei der k. k. 2. Armee. Lemberg Februar 1917. (D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 49. de Napoli, F., Krieg und sexuelle Fragen. Riforma med., 1916, Nr. 10. (Ref. Derm. W., 1917, Nr. 23.) — 50. Neisser, A., Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Berlin 1916. — 51. Neisser, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 1915, Nr. 3. — 52. Neisser, A., Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. D. m. W., 1914, Nr. 33. — 53. Pasini, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Giorn. ital. delle mal. vener., 1915, H. 2. (Ref. Derm. W., Bd. 61, S. 869.) — 54. Pautrier, Über die allgemeine Organisation der Militärspitäler für Venerische und die angegliederten Abteilungen. Ann. de Derm. et de syph., 1916, Nr. 5. (Ref. Derm. Zschr., Bd. 24, H. 8.) — 55. Pick, W., Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1915, Nr. 41. — 56. Sattler, M., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Heere. Der Militärarzt, 1916, Nr. 24. — 57. Schäfer, F., Strafbarkeit des Geschlechtsverkehrs bei venerischen Krankheiten. M. m. W., 1915, Nr. 49. — 58. Schiffmann, J., Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1916, Nr. 2. — 59. Simon, Cl., Die Organisation der Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Italien. Ann. des mal. vénér., Okt. 1916. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 141.) — 60. Touton, Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Kriege und im Frieden. B. kl. W., 1915, Nr. 1—4. — 61. v. Veress, Fr., Die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 62. v. Veress, Fr., Über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf die Armee im Felde. Derm. W., 1916, Bd. 63, S. 1113.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden?, von Gans. (D. m. W., 1917, Nr. 26.) Der Vorschlag Reiters in Nr. 22 dieser Wochenschrift kann nur begrüßt werden. G. empfiehlt aber statt der subkutanen die intravenöse Injektion, da man dann eine zehnfach schwächere Dosis braucht, was mit Rücksicht auf die Kostenfrage nicht ganz gleichgültig ist. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Harnröhrensekret- und Flockenuntersuchung im Anschluß an intravenöse Arthigoninjektion zur Feststellung der Blennorrhoeheilung, von GANS. (D. m. W., 1916, Nr. 16.) Den diagnostischen Wert der intravenösen Arthigoninjektion hat G. bei 200 Fällen (160 akuten bzw. chronischen Blennorrhoefällen und 40 Komplikationen) nachgeprüft. Dabei hat G. sich von der von BRUCK und SOMMER angegebenen Spezifität der Fieberreaktion nicht überzeugen können, dagegen hat sich die intravenöse Arthigoninjektion als zuverlässige Methode zur Feststellung der Heilung erwiesen. Die Patienten wurden von G. zur Injektion wie folgt vorbereitet: wenn der Ausfluß bzw. die Flocken bei einer 2—3mal wöchentlich vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung 14 Tage negativ geblieben ist, wird mit der Therapie ausgesetzt. Nach 2—3 Tagen erhält nun der Patient morgens 0,05 ccm Arthigon intravenös. Zuweilen findet man bei nicht geheilten Fällen schon am nächsten Tage Gonokokken. Bei negativem Resultat wird die Injektion mit 0,1 Arthigon wiederholt, meist mit gleichzeitiger lokaler Reizung, zu welcher G. nach dem Vorschlag von SCHOLZ folgende Lösung benutzt: Arg. nitr. 0,5; Perhydrol 2,0; Aq. dest. ad 100,0. Die injizierte Flüssigkeit wird 5—10 Minuten in der Harnröhre belassen. G. erhielt nun folgendes Resultat: 94 Fälle (47%) blieben gonokokkenfrei und zeigten auch keine Temperatursteigerung; 16 Fälle (8%) Temperatursteigerung ohne Gonokokkenbefund; 37 Fälle (18,5%) zeigten positiven Gonokokkenbefund und Temperatursteigerung, 53 Fälle (26,5%) nur positiven Gonokokkenbefund. E. Brinitzer-Altona.

Epithelzelle und Gonokokkus, von A. GLÜCK-Serajewo. (W. kl. W., 1917, Nr. 3.) Im Plasma der Plattenepithelien blennorrhoischer Sekrete finden sich konstant kleinste, wohlcharakterisierte, kokkenartige Gebilde. Mit Hilfe der ALTMANNschen Färbemethode für Zellgranula färbbar, stellen sie intraepitheliale Initialformen des Gonokokkus dar. Die auch mit den gewöhnlichen Färbemethoden leicht darstellbaren und auch konstant nachweisbaren größeren Einlagerungen sind als intraepitheliale Degenerationsformen anzusehen. H. Vörner-Leipzig.

Über den Nachweis der Gonokokken im Blute Blennorrhagischer, von MARIO COPELLI und ANGELO GENNARI. (Boll. d. Soc. M. die Parma, 29. Jan. 1915.) Bei ihren Untersuchungen hat sich den Verfassern der SABOURAUDsche Nährboden mit Zusatz von 10—20% Menschenserum als überlegenes Mittel zum Nachweise von Gonokokken im Blute erwiesen. Sie fanden, daß bei komplizierten Blennorrhoen fast immer innerhalb eines verschieden langen Zeitraumes eine Gonokokkämie besteht. Aber auch bei unkompliziertem Tripper finden sich Gonokokken im Blute, zumal wenn eine besonders akute fieberhafte Urethritis totalis vorliegt. Das Fieber geht oft parallel mit der Gonokokkämie und kann zu deren Erkennung führen. Deshalb sollte regelmäßig nach diesem Symptom geforscht werden. Ein fiebernder Tripperkranker, der keine Komplikationen aufweist, ist stets als latent allgemein infiziert und von Komplikationen bedroht anzusehen und dementsprechend zu behandeln. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Gonokokkendiagnostik durch Kutireaktion, von A. NEISSER-Breslau. (B. kl. W., 1916, Nr. 28.) Verf. befürwortet, in besonders schwierigen Fällen, in denen mikroskopischer Befund und Kulturverfahren zu keiner sicheren Diagnose gelangen lassen, sich Sicherheit über den Charakter fraglicher Diplokokken dadurch zu verschaffen, daß man mit einer aus der Kokkenkultur hergestellten Vakzine Kutireaktion erzeugt. Handelt es sich nicht um Gonokokken, so wird dann weder bei den Blennorrhoikern, noch bei den Nichtblennorrhoikern eine positive Kutireaktion zu konstatieren sein.

E. Klemm-Leipzig.

Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvakzinen, von JULIUS HELLER-Charlottenburg. (M. m. W., 1917, Nr. 22.) HELLER lehnt jede therapeutische Bedeutung der Vakzineeinspritzungen ab; dagegen sieht

Digitized by Google

er in der intravenösen Vakzineinjektion, besonders von Arthigon, ein unschädliches und brauchbares diagnostisches Mittel, um die entlassungsfähigen Kranken von den noch der Lazarettbehandlung bedürftigen zu scheiden. Die Arthigoninjektionen (0,2) werden jedesmal angewandt, wenn nach Abschluß der Behandlung die provokatorischen Arg.-Einspritzungen keinen positiven Gonokokkenbefund ergeben. A. Witte-Bremen.

Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Blennorrhoe, insbesondere bei chronischer Blennorrhoe, von Schürmann. (D. m. W., 1916, Nr. 36.) Die im Jahre 1911 von Ascoli und Valenti angegebene „Thermopräzipitinreaktion" für den Milzbrand hat Sch. zur Diagnose der Gonokokkenerkrankungen, speziell der chronischen Blennorrhoe, herangezogen. Sch. hat im ganzen 279 Fälle untersucht (95 Fälle von klinisch sicherer Blennorrhoe; 118 Fälle klinisch blennorrhoeverdächtig; 44 Fälle klinisch nicht blennorrhoeverdächtig; 22 nichtblennorrhoische Erkrankungen) und kam zu dem Ergebnis, daß bei akuter Blennorrhoe, bei denen der Gonokokkennachweis gelingt, diese Reaktion stets posititv ausfiel; bei chronischer Blennorrhoe, bei der der mikroskopische Befund häufig im Stich läßt, bekam Sch. mit Hilfe der Thermopräzipitinreaktion in 84,2% der Fälle ein positives Resultat. Die Thermopräzipitinreaktion kann auch als Maßstab für eine gut durchgeführte Behandlung herangezogen werden, da der positive Ausfall infolge Behandlung verschwinden kann. Die Herstellung der Extrakte und die Anstellung der Versuche sind in dem Artikel genau angegeben.

E. Brinitzer-Altona.

Die Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann als Diagnostikum bei Blennorrhoe, von E. Friedberger und A. Heyn. (D. m. W., 1917, Nr. 9.) Antigonokokkenserum (Dresden-Bern) liefert entsprechend den Angaben von Schürmann mit Vaginalsekret blennorrhoischer Frauen fast in allen Fällen positive Thermopräzipitinreaktion. Die Reaktion gelingt jedoch bei Verwendung desselben Serums auch mit jeglichem Menscheneiweiß als Antigen. Sie dürfte zum größeren Teil, wenn nicht ausschließlich, auf einem Gehalt des benutzten Antiserums an Präzipitin gegen Menscheneiweiß beruhen. Der Methode kann daher eine diagnostische Bedeutung nicht zugesprochen werden. E. Brinitzer-Altona.

Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Blennorrhoe, insbesondere bei chronischer Blennorrhoe, von W. Schürmann-Halle. (D. m. W., 1917, Nr. 12.) Sch. schließt sich nach weiteren eigenen Untersuchungen der vorstehenden Annahme von Friedberger und Heyn an, daß der positive Ausschlag der Reaktion auf einem gegen Menscheneiweiß gerichteten Antikörper beruht. Damit verliert natürlich die Methode den spezifisch- diagnostischen Wert. Sch. hofft aber ein Gonokokkenserum herstellen zu können, das durch die Immunisierung mit Gonokokken, die auf einem menscheneiweißfreien Nährboden gewachsen sind, gewonnen wird.

E. Brinitzer-Altona.

Die diagnostische Verwendbarkeit der Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann bei chronischer Blennorrhoe, von Emmerich. (D. m. W., 1917, Nr. 19.) Im pathologischen Institut der Städtischen Krankenanstalt in Kiel wurde die von Schürmann als Diagnostikum bei Blennorrhoe angegebene Thermopräzipitinreaktion von Emmerich in 250 Fällen nachgeprüft und als sehr beschränkt verwertbar befunden, da sie bei sicheren Blennorrhoefällen versagte, andererseits bei sicher negativen Kontrollfällen häufig ein positives Resultat ergab. E. Brinitzer-Altona.

Die bimanuelle Untersuchung der Vorsteherdrüse und der Samenblasen und ihre Bedeutung für die Behandlung der Blennorrhoe, von Julius Jacobssohn-Berlin. (M. m. W., 1916, Nr. 38.) J. empfiehlt die bimanuelle Untersuchung in einer

Digitized by Google

etwas veränderten Knieellenbogenlage, die als halb aufgerichtete Kniehandstellung bezeichnet wird. A. Witte-Bremen.

Ohne Antiseptikum behandelte und geheilte Blennorrhoefälle beim Manne, von R. Picker-Budapest. (Zschr. f. Urol., 1916, Bd. 10, H. 7.) Die Erkenntnis, daß das Wesen der infektiösen Erkrankung des männlichen Urogenitales in der Retention der Bakterien in den drüsigen Adnexen und anderen Teilen des Harntraktes mit schlechten, d. h. ungenügenden Abflußverhältnissen gelegen ist, hat den Verfasser dazu geführt, der Ausforschung und Behandlung dieser Retentionsherde seine ganz besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Es gelang ihm auf diese Weise alte, vielfach behandelte Fälle erst durch Massage der Prostata, Samenblasen usw. zur Heilung zu bringen. Es gibt keine unheilbaren und refraktären Fälle, wenn anatomisches und bakteriologisches Wissen, die Beherrschung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden das Prinzip der Behandlung bleiben. Es ist selbstverständlich, daß alle Organe, Blase, Niere, Prostata, Samenblasen sehr genau untersucht und behandelt werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Blennorrhoea ein heilbares Leiden, von George A. Wajeth-New York. (New York m. J., 9. Dez. 1916.) Blennorrhoe ist eine zu verhütende Krankheit, wie die Erfahrungen in der Marine der Vereinigten Staaten in weitestem Maße gelehrt haben, und kann in der Mehrzahl der Fälle, wenn innerhalb 24 Stunden nach Auftreten des Ausflusses in Behandlung genommen, außer in primären Fällen, abortiv geheilt werden und ist auch später heilbar. Obwohl W. diese drei Hauptpunkte hervorhebt, erklärt er Blennorrhoe für die verbreitetste Krankheit, für die größte geheime Gefahr der Menschheit, in Anbetracht der zahllosen unschuldigen, leidenden und der Mutterschaft beraubten Frauen, der vielen blindgeborenen Kinder, der durch Blennorrhoea verstümmelten Männer und vernichteten Familienexistenzen. Die akuten Stadien werden in der bekannten Weise behandelt; hält sich der Prozeß noch längere Zeit in der Pars anterior, so ist Erweiterung mit gleichzeitiger Spülung (Franks Modifikation des Kollmannschen Dilatators) angezeigt. Sollten nach einer solchen Behandlung Gonokokken wieder auftreten, so sind meist die tiefsitzenden Drüsen befallen, und müssen diese Herde mittels Elektrolyse (endoskopisch wird der negative Pol 1—2 Minuten lang an die Drüsenöffnung gebracht) behandelt. Vier bis fünf Drüsen werden in jeder Sitzung geätzt und danach die Harnröhre irrigiert; es ist wichtig, den Strom für das Endoskop (zur Beleuchtung) und jenen für die Elektrolysenadel von verschiedenen Quellen zu entnehmen, um Kurzschluß zu vermeiden, wenn die Instrumente im Gebrauch sind. Bei weiblichen Patienten befolgt W. dieselben Grundsätze, nämlich den Sitz der Infektion erst genau festzustellen und ihn lokal mit Irrigationen und anderem mehr zu behandeln; milde Protargollösungen haben sich auch hier bewährt. Die Wichtigkeit mikroskopischer Untersuchung ist in erster Linie vom diagnostischen Standpunkte, aber auch zur Beurteilung der therapeutischen Fortschritte zu betonen. W. erklärt schließlich, es gäbe keine Entzündung der Harnröhre, die nicht durch geeignete Behandlung geheilt werden könnte, aber ein solches Resultat sei nur mittels peinlicher, lange durchgeführter Beobachtung zu erzielen, und nur die Urethroskopie setze uns in den Stand, die lokalen Veränderungen mit Genauigkeit festzustellen und die sichersten Mittel anzuwenden; ohne die Kontrolle des Auges ist es für den Arzt unmöglich, die beste und wirksamste Behandlung auszuwählen. M. Stern-München.

Über akute urethritische Prozesse bakterieller (nicht blennorrhoischer) Natur nach abgelaufenem Tripper oder bei chronischer Blennorrhoe und den Streptobacillus urethrae Pfeiffer in ätiologischer Beziehung zu ihnen, von Engwer. (M. m. W., 1916, Nr. 42.) Engwer faßt das Ergebnis seiner Arbeit in folgender Form zusammen: Harnröhren, die eine Blennorrhoe überstanden haben oder chronisch daran

Digitized by Google

erkrankt sind, bieten Gelegenheit für eine pathologische Einwirkung sonst als Saprophyten beherbergter Keime. Es liegt keine Veranlassung vor, auch bei Bestehen der Grundkrankheit, den durch solche Keime hervorgerufenen Reaktionen den Charakter echter bakterieller Urethritiden abzusprechen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Vermehrte Sekretion und gesteigerte klinische Erscheinungen sind parallel dem Auftreten einer in Reinkultur sichtbaren und züchtbaren Bakterienart. Der Streptobacillus urethrae Pfeiffer kann in dieser Beziehung zuweilen ätiologisch in Frage kommen.

A. Witte-Bremen.

Beitrag zur Lehre von der Blennorrhoea neonatorum, von M. Kujumdzreff. (Diss., Gießen 1915.) Verfasser gelangt in seiner Arbeit zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Die Conjunctivitis non blennorrhoica nimmt einen leichteren Verlauf wie die Conjunctivitis blennorrhoica. Sie dauert kürzere Zeit an, reagiert besser auf die Therapie und führt seltener zu Hornhautaffektionen. 2. Die Conjunctivitis blennorrhoica zeigt in bezug auf alle diese Punkte einen schwereren Verlauf. Es werden häufiger die beiden Augen ergriffen. Die Kornea erkrankt öfter. Eine Kornealaffektion läßt sich keineswegs sicher vermeiden; sie nimmt oft einen verhängnisvollen Verlauf. 3. Kräftige Kinder bekommen seltener Kornealaffektionen und überstehen den Augentripper überhaupt leichter und schneller wie schlecht ernährte Kinder. Die therapeutische Beeinflussung des Allgemeinzustandes ist von großer Bedeutung für den Erfolg der Behandlung. 4. Die Credéisierung schützt durchaus nicht absolut sicher vor einer Infektion der Bindehaut, und die Ophthalmoblennorrhoe verläuft bei den credéisierten Fällen keineswegs günstiger wie bei den nichtcredéisierten Fällen. K. Boas-Rostock.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe der Kinder, von Richard Hamburger. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 9.) Verf. hat bei Kindern in viertägigen Pausen 8—10 intramuskuläre Injektionen von verschiedenen Gonokokkenvakzinen gemacht; von intravenösen Einspritzungen sah er wegen der heftigen Reaktionen ab. Einige Kinder wiesen Lokalreaktionen auf. Die Unterstützung der Lokalbehandlung durch die Vakzinebehandlung erwies sich als unwesentlich; die Alleinbehandlung mit Vakzine ist unzureichend.

R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Der neue Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der dem Reichstage zugegangene Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten lautet folgendermaßen:

§ 1. Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind Syphilis, Tripper und Schanker, ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten.

§ 2. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

§ 3. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmung an der zu behandelnden Person erfolgt (Fernbehandlung), ist verboten.

Personen, welche die staatliche Anerkennung als Arzt (Approbation) nicht besitzen, ist auch jede andere Behandlung der im Abs. 1 bezeichneten Krankheiten oder Leiden verboten, sofern die Behandlung gewerbsmäßig erfolgt.

Wer einem der in Abs. 1, 2 enthaltenen Verbote zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft. Ebenso wird bestraft, wer sich zu einer Behandlung, die ihm nach Abs. 1, 2 verboten ist, öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, erbietet.

Digitized by Google

§ 4. Es ist verboten, Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten sowie von Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, anzukündigen oder anzupreisen oder solche Mittel oder Gegenstände an Orten, die allgemein zugänglich sind, auszustellen.

Zuwiderhandlungen werden mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Straflos ist das Ankündigen oder Anpreisen der im Abs. 1 bezeichneten Mittel oder Gegenstände an Ärzte oder Apotheker oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in ärztlichen Fachzeitschriften.

§ 5. Weibliche Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, können einer gesundheitlichen Beobachtung unterworfen und zwangsweise auf das Vorhandensein von Geschlechtskrankheiten ärztlich untersucht werden. Leiden sie an einer Geschlechtskrankheit, so können sie zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen, insbesondere auch in ein Krankenhaus überführt werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

Die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

§ 6. Das Strafgesetzbuch wird abgeändert, wie folgt:

1. Als § 180a wird folgende Vorschrift eingestellt:
   Die Vorschrift des § 180 findet keine Anwendung auf das Gewähren von Wohnung an Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, wenn damit weder ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt wird, noch ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist.
2. Im § 361 erhält die Nr. 6 folgende Fassung:
   6. eine weibliche Person, die gewerbsmäßig Unzucht treibt, wenn sie die zur Überwachung der gewerbsmäßigen Unzucht erlassenen Vorschriften übertritt. Die Vorschriften erläßt der Bundesrat; soweit der Bundesrat solche Vorschriften nicht erläßt, können sie von der obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Behörde erlassen werden;
3. Im § 362 Abs. 2 wird als Satz 3 folgende Vorschrift eingestellt:
   Im Falle des § 361 Nr. 6 ist die Überweisung an die Lanesdpolizeibehörde auch dann zulässig, wenn die Strafe gemäß § 73 auf Grund eines anderen Gesetzes zu bestimmen ist.

§ 7. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit einer dieser Strafen oder mit Haft wird bestraft:

1. eine Amme, die ein fremdes Kind stillt, ohne im Besitz eines unmittelbar vor Antritt der Stellung ausgestellten ärztlichen Zeugnisses darüber zu sein, daß sie nicht an einer Geschlechtskrankheit leidet;
2. eine weibliche Person, die, wissend, daß sie an einer Geschlechtskrankheit leidet, ein fremdes Kind stillt;
3. wer ein syphilitisches Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, in Kenntnis der Erkrankung von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt;
4. wer ein geschlechtskrankes Kind in Kenntnis der Erkrankung in Pflege gibt, ohne die Pflegeeltern von der Krankheit des Kindes zu benachrichtigen.

Straflos ist das Stillen oder Stillenlassen eines syphilitischen Kindes durch eine weibliche Person, die selbst an Syphilis leidet.

Die Redaktion bittet die Herren Kollegen, sich hierüber äußern zu wollen, da nichts eine strittige Sache besser zu klären geeignet ist, als eine öffentliche Aussprache.

Eine außerordentliche **Kriegs-Dermatologentagung,** veranstaltet von der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, fand am 26. und 27. März in Berlin statt. Außer Krankendemonstrationen fand Aussprache über Kriegsdermatosen und über Salvarsanbehandlung statt.

Geh. Med.-Rat Prof. Edmund Lesser in Berlin wurde in den Reichsgesundheitsrat berufen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. April 1918 | Nr. 14 | Band 66

Aus der medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Altona.

Über die Bildung der Harn- und Gallensteine[1]).

Von

Prof. Dr. L. Lichtwitz.

Das alte, oft bearbeitete Problem der Steinbildung, das schon von jeher das Interesse der Ärzte und Biologen erregt hat, birgt neben dem Reiz zu erfahren, auf welche Weise die schönen Strukturen entstehen, Fragen von großer praktischer Bedeutung. Es ist notwendig zu wissen, ob die Steinbildung die Folge einer vermehrten Ausscheidung des versteinernden Materials ist, also mit falscher Ernährung oder mit besonderen Stoffwechselanomalien zusammenhängt, wie sicher eine den Zystinstein mitbewirkt. Weiterhin ist die Rolle der Gerüstsubstanz, der Ebstein eine spezifische Natur und die primäre Bedeutung für die Steinbildung zuschrieb, von großem Interesse, ebenso die Beziehungen zur Entzündung, die Frage des Wachstums und ihres Aufhörens und endlich das Ziel mancher therapeutischer Bestrebungen, die Steinlösung.

Die Steinbildung ist ein Teil des in der gesamten belebten Welt sehr bedeutungsvollen Geschehens, der Abscheidung fester Substanzen aus Lösungen. In diesen Zusammenhang gehört auch die Niederschlagsbildung, die zur Steinbildung eine zweifache genetische Beziehung hat dadurch, daß Sedimente häufig einen Steinkern bilden, und dadurch, daß Sedimente auch zu einem strukturlosen Stein zusammenkleben können.

Die Untersuchung der Löslichkeiten der Steinbildner in Harn und Galle hat ergeben, daß bei allen, den Karbonaten und Phosphaten der alkalischen Erden, dem Kalziumoxalat, der Harnsäure und ihren Salzen, dem Cholesterin und dem Bilirubin, der Zustand der Übersättigung besteht, der bekanntlich sehr wenig stabil ist, aber durch die Anwesenheit feinverteilter Biokolloide eine sehr beträchtliche Beständigkeit gewinnt. Es konnte gezeigt werden, daß die Verschlechterung des Verteilungsgrades dieser Schutzkolloide die erste und wichtigste Vorbedingung zur Bildung eines Sedimentes ist, bei der als Umstände zweiter Ordnung

[1]) Nach einem Vortrag im Altonaer Ärztlichen Verein 25. IV. 1917. Literatur in L. Lichtwitz, Über die Bildung der Harn- und Gallensteine. Verlag J. Springer, Berlin 1914.

Digitized by Google

Reaktion des Mediums und Konzentration der Steinbildner mitwirken, die weniger die Bildung des Steines an sich als die chemische Natur desselben bestimmen.

Sedimente werden zu Kernen, um die sich Steine von kunstvollem Bau bilden. Die gleiche Wirkung haben ganz beliebige andere Stoffe, Schleim- und Blutgerinnsel, Schleimhautfetzen, Bakterienhaufen, Fremdkörper aus irgend welchem Material. Das Gemeinsame und Wirksame aller dieser Stoffe liegt darin, daß sie der Flüssigkeit, die sie umgiebt, eine fremde Oberfläche bieten. Nach den Gesetzen der Oberflächenwirkung werden an Grenzflächen viele Stoffe angereichert (adsorbiert). Eine Gruppe von Stoffen, die Biokolloide, sind dadurch ausgezeichnet, daß sie bei dieser Anreicherung gerinnen und feste, zusammenhängende Häutchen bilden. So entsteht die Eiweißhaut um die Fettkügelchen der Milch, das Fibringerinnsel beim Schlagen des Blutes, der wandständige Thrombus und die Fibrinbeschläge der serösen Häute und anderes mehr. Von besonderem Interesse ist eine derartige Erscheinung, die in manchen Harnen leicht beobachtet werden kann. Das bekannte schillernde Häutchen, das auf dem alkalischen Harn bei der Phosphaturie auftritt, entsteht durch die Oberflächengerinnung eines ätherlöslichen Kolloids.

Um eine geeignete Oberfläche bildet sich also bei Gegenwart geeigneter feinverteilter Biokolloide durch Gerinnung eine konzentrische Schicht. Dadurch, daß diese neue Schicht wieder als fremde Oberfläche wirkt, lagert sich wie bei dem Thrombus eine zweite und dritte Schicht auf, so daß es zu einem konzentrisch geschichteten Gebilde kommt. Körper dieser Bauart finden sich physiologisch z. B. in der Prostata. Unter pathologischen Verhältnissen als sogenannte Eiweiß-(Kolloid-)steine im Harn bzw. in Blase und Nierenbecken; einmal haben wir sie auch im Inhalt einer schwer entzündeten Gallenblase beobachtet. Die Eiweiß-(Kolloid-)steine gleichen in ihrem konzentrischen Bau völlig den gewöhnlichen Konkrementen, unterscheiden sich von ihnen aber durch das Fehlen des versteinernden Materials. Ihr Vorkommen lehrt, daß die konzentrische Häutchenbildung um einen Steinkern, die Bildung des Steingerüstes, die durch eine Adsorption von Kolloiden geschieht, den nach der Steinkernbildung primären Vorgang darstellt.

Eiweißsteine sind selten, weil die gebildeten Häutchen (das Gerüst) die Neigung haben, sich mit un- und schwerlöslichen Stoffen zu inkrustieren, unter der Herrschaft eines Gesetzes, das alle Versteinerungen und Verkalkungen in der belebten Natur bestimmt. Es erhalten nämlich alle schwerlöslichen Stoffe, die sich in den Körpersäften durch den Kolloidschutz der in ihnen enthaltenen Kolloide in übersättigter Lösung befinden, überall dort die Bedingungen der einfachen wässerigen Löslich-

Digitized by Google

keit und erfahren ihre Ausfällung, wo dieser Kolloidschutz fehlt, wo die Gewebskolloide in den nicht schützenden Zustand der Ausflockung übergegangen sind, vorausgesetzt, daß die gelösten schwerlöslichen Stoffe auf osmotischem Wege in die Zonen der Kolloidfällung einzudringen vermögen. Physikalisch-chemisch sind alle schwerdegenerativen und nekrotisierenden Prozesse Kolloidfällungen, so die Verkäsung, die hyaline Degeneration und anderes mehr. Alle so veränderten Gewebe wirken als Kalkfänger dadurch, daß Kalziumphosphat- und Karbonat aus Plasma und Lymphe in die Bezirke der Fällung hineindiffundiert, dort nach den Gesetzen der wässerigen Löslichkeit ausfällt, dadurch eine sehr erhebliche Verminderung der betreffenden Konzentrationen herbeiführt, ein weiteres Nachströmen und Ausfallen der Salze ermöglicht und durch häufige Wiederholung dieses Vorganges schließlich zu einer Versteinerung des Bezirkes führt. Bei den Fibrinniederschlägen scheint die Fähigkeit der osmotischen Durchdringung eine sehr geringe zu sein. Im Harn sind die Erscheinungen von Verkrustungen der Kolloidhäutchen häufig. So verkalkt das schillernde Häutchen auf der Oberfläche des Harns fast regelmäßig; in der Nubekula, in Tripperfäden, auch im Schleim der Gallenblase finden sich oft massige Niederschläge versteinernden Materials. Auch die konzentrische Häutchenbildung um einen Steinkern verfällt meistens der Verkrustung. Diese Versteinerung ist also ein der Häutchen-(Gerüst-)bildung zeitlich und kausal folgender Prozeß. Das ist von der größten praktischen Bedeutung, weil diese Erkenntnis des Werdegangs der Steine besagt, daß das Wachstum nicht durch Anlagerung von Sediment, sondern aus dem klaren Harn erfolgt. Da ein gleichzeitiges Sediment die Konzentration an versteinerndem Material erniedrigt, so schließen sich, wie bereits Meckel von Hemsbach (1856) bemerkt, Sedimentbildung und Steinwachstum bis zu einem gewissen Grade aus. Ein klarer Beweis dafür, daß die Steine von kunstvollem Bau nicht durch Anlagerung von Sediment wachsen, sondern daß sie sich durch Auskristallisieren von verhärtendem Material im Gerüst bilden, liegt in der Tatsache, daß sich in diesen Steinen niemals die Kristallformen der Sedimente finden. Es ist bekannt, daß in Gelen besondere Kristallformen entstehen. Die radiäre Streifung, die in Steinen von kunstvollem Bau zu sehen ist, bildet sich vermutlich durch das Wachstum der Kristalle in der Richtung des Diffusionsstromes.

Die Versteinerung der Schichten kann bei normalen und selbst bei niedrigen Konzentrationen der versteinernden Stoffe vor sich gehen, da auch die niedrigen, im Harn sowohl wie in der Galle, noch immer einer übersättigten wässerigen Lösung entsprechen. Damit ist gesagt, daß der Verkrustung des Steines, vom Zystinstein abgesehen, keine Stoffwechsel-

Digitized by Google

anomalie zugrunde liegt. Auch durch diätetische Behandlung ist der Prozeß nur einschränkbar, nicht ganz zu beseitigen. Auch die Gerüstsubstanz ist nicht spezifisch; Harn und Galle enthalten bereits in der Norm geeignete Kolloide. Alle krankhaften Ereignisse, die das Auftreten gerinnungsfähiger Kolloide (Eiweiß, Schleim) in größeren Mengen veranlassen, können die Bildung und das Wachstum von Steinen ermöglichen und erleichtern.

Eine besondere Besprechung erfordert der radiäre Cholesterinstein, bei dem die konzentrische Schichtung fehlt und in Übereinstimmung mit dem oben Gesagten keine zusammenhängende Gerüstsubstanz, sondern nur Kolloid in Spuren zwischen den Balken vorhanden ist. Der Grund für dieses eigenartige Verhalten liegt darin, daß das Cholesterin selbst ein stark adsorbierbarer Stoff ist, also primär angelagert wird, daß es aber außerdem eine große Neigung zur Kristallisation hat, die für die Endform bestimmend ist. Jede Galle enthält genügend Cholesterin, um einen Stein zu bilden. Eine Cholesterindiathese (Aschoff) ist unbewiesen. Aschoff hat die These aufgestellt, daß der radiäre Cholesterinstein durch eine Stoffwechselanomalie ohne das Hinzutreten einer Entzündung entsteht, während die gewöhnlichen Kalksteine der Galle sich auf entzündlicher Basis bilden. Es hat sich nachweisen lassen, daß der Kalkgehalt der Galle bei Entzündungen nicht größer wird, sondern daß jede Galle genügend Kalk zur Bildung eines Kalksteines enthält. Es ist möglich, daß sich bei Entzündungen, die zu einem höheren Kolloidgehalt führen, leichter gerüstreiche Steine (die gewöhnlichen Herdensteine) bilden. Dafür spricht vielleicht auch die Existenz der Kombinationssteine, die einen geschichteten Kalkmantel um einen radiären Cholesterinstein haben. Es ist auch möglich, daß in einer kolloidarmen Galle, also bei Fehlen von Entzündungsprodukten, sich eher das Cholesterin anlagert. Aber etwas sicheres wissen wir über diese schwierigen und dem Experiment schwer zugänglichen Vorgänge nicht. Eine Trennung in entzündliche und nichtentzündliche Steinbildung muß zudem bei dem Steinkern beginnen, der in den Gallensteinen verschiedener Art der gleiche ist. In welchen Fällen er sich durch eine Entzündung, in welchen er sich ohne eine solche gebildet hat, ist gänzlich unbekannt. Etwas klarer liegen die ätiologischen Verhältnisse bei den Harnsteinen. Alle Konkremente, die reichlich Ammoniak, das nur durch bakterielle Harnstoffzersetzung entstanden sein kann, enthalten, haben eine klare entzündliche Genese. Da es aber auch katarrhalische, steinbildende Vorgänge im Harn ohne Harnstoffzersetzung gibt, so muß die Gruppe der auf entzündlichem Wege entstandenen Steine größer sein. Eine große Zahl von Harnsteinen reicht mit ihren Anfängen (der Kernbildung) bis in die früheste Jugend zurück

Digitized by Google

(harnsaurer Infarkt der Neugeborenen) und hat sicherlich keinen Zusammenhang mit irgend welchen entzündlichen Vorgängen.

Das Wachstum der Steine ist in vielen Fällen kein unbeschränktes. Es hört auf, wenn die Oberfläche inaktiv geworden ist, so daß keine weitere Gerüstbildung an ihr erfolgt. Jede Oberfläche hat die Neigung zur Energieverminderung (Abnahme der Oberflächenenergie, Entropie der Oberfläche).

Die zum Steingerüst führende Kolloidfällung ist ein irreversibler Prozeß; d. h. das Gerüst ist unlöslich. Auch die Löslichkeit der inkrustierenden Stoffe ist praktisch gleich Null. Eine Steinlösung ist daher völlig unmöglich.

Aus der Praxis.

Über die Blasenschwäche der Frauen.

Von

Dr. Siegfried Samson, Frauenarzt, Hamburg.

Klagen über Blasenschwäche hören wir Gynäkologen in der Sprechstunde täglich. Die einen Frauen erzählen, daß sie ohne erkennbaren Grund zum Teil anfallsweise sehr häufig Urin lassen müssen und oft dabei das Gefühl haben, als wäre die Blase nicht völlig entleert; andere Frauen wieder wissen, daß sie diese Blasenschwäche nach Abkühlungen, nassen Füßen oder zur Zeit der Periode bekommen; wieder andere Frauen verlieren Urin beim Pressen, Niesen, Husten und Lachen. Die meisten Frauen haben schon alle Hausmittel angewandt, haben Urotropin, Bärentraubenblätter- oder Lindenblütentee genommen, da die Blasenschwäche der Frauen mit Vorliebe zunächst einmal als Blasenkatarrh gedeutet wird.

Es kann natürlich tatsächlich eine Zystitis vorliegen. Davon will ich aber hier nicht sprechen, wie überhaupt nicht von organischen Blasenerkrankungen, auch nicht von Blasenschwächen aller Art und Form bei Erkrankungen des Zentralnervensystems oder von Polyurien bei verschiedenen internen Krankheiten, sondern lediglich von den typischen Fällen von funktioneller Blasenschwäche ohne eigentliche Erkrankung der Blase selber. Ich will ferner ganz kurz darüber berichten, wie ich diese Fälle jetzt behandle.

In erster Linie müssen die Fragen der Hygiene gestreift werden. Es sollen weiße, geschlossene Beinkleider getragen werden. Der Urin soll nicht künstlich angehalten werden, sondern ist sofort bei Bedürfnis zu entleeren; Verstöße gegen diese Vorschrift aus Nachlässigkeit oder Schamhaftigkeit führen zur Überdehnung der Blase mit Blasenschwäche und zur Verdrängung der Nachbarorgane. Nach dem Urinlassen sind die Geschlechtsteile mit Wattebäuschen, die in lauwarmes Wasser getaucht sind, zu reinigen. Es soll dabei nur getupft, nicht gerieben werden. Die Wattetupfer sind fortzuwerfen. Bei Unreinlichkeit tritt durch Zersetzung des Urins Reizung der äußeren Genitalien mit Jucken und Harndrang ein.

Während der Menstruation ist die Blase gesteigert reizbar; daher ist während der Menstruation in erhöhtem Maße für Reinlichkeit zu sorgen; denn das Blut an den

Digitized by Google

Genitalien zersetzt sich und fault. Mit dem alten Aberglauben, daß während der Menses die Wäsche nicht gewechselt werden darf, ist gründlich aufzuräumen. Mehrmals täglich sind die äußeren Genitalien mit Wattebäuschen und lauwarmem Wasser zu reinigen. Spülungen sind nur in Ausnahmefällen erlaubt. Warme Wannenbäder während der Periode werden von vielen Frauen anstandslos vertragen. Ich verbiete sie aber trotzdem prinzipiell. Die bekannten käuflichen Monatsbinden mit auswechselbaren Aufsaugepolstern erfüllen am besten die hygienischen Anforderungen. Abkühlungen, anstrengende Körperbewegungen, übermäßige geistige Tätigkeit, Singübungen sind in diesen Tagen schädlich. Nach beendigter Periode erfolgt das Reinigungsbad, eventuell nach einer vorhergehenden heißen Ausspülung. Bettruhe ist unter normalen Verhältnissen nicht nötig. Manche Frauen behaupten sogar, die Blutung wäre bei ihnen stärker, wenn sie im Bette bleiben. Dagegen lasse ich dysmenorrhoische Frauen mindestens einen Tag mit heißen Flaschen im Bette liegen und heiße Limonaden usw. trinken. Eine Reihe von Frauen verlieren allein hierdurch schon ihre dysmenorrhoischen Schmerzen und ihre Blasenschwäche. Sonst ist eins der vielen Mittel und eventuell die Behandlung der Genitalstellen der Nase zu versuchen. Ich habe eine Zeitlang Versuche mit Hodenextrakt gemacht, in der Idee, es könnte sich vielleicht um eine Hypersekretion der Ovarien handeln, und der Hodenextrakt könnte möglicherweise das Ovariensekret spezifisch neutralisieren. Ich habe eine Reihe dysmenorrhoischer Frauen ohne Befund, speziell ohne Myome, drei Monate lang dreimal täglich eine Testestablette (Freund & Redlich-Berlin), im vierten Monat nur in den letzten acht Tagen vor der Periode dreimal täglich eine solche Tablette nehmen lassen. Die Erfolge sind bis auf einen Versager auffallend gut gewesen. Die Frauen haben ihre Schmerzen und die Blasenschwäche verloren und sie seit vier Jahren bis auf leichtes Ziehen am ersten Tage nicht wiederbekommen. Über Injektionen mit Testikulin (Freund & Redlich) habe ich nicht hinreichende Erfahrungen, um darüber urteilen zu können; ich habe es nur in einem Falle, allerdings mit Erfolg, angewandt. Ich konnte seinerzeit die Versuche nicht fortsetzen; rate aber dringend, meine Methode nachzuprüfen, besonders auch bei starker Libido sexualis. Die Blasenschwäche nach forciertem Geschlechtsverkehr schwindet gewöhnlich nach 1—2 Tagen von selber. Dagegen wird die Blasenschwäche bei Masturbation, und zwar besonders bei Friktionen des Urethralschwellkörpers und Einführen von Fremdkörpern in die Harnröhre, behandelt werden müssen. Ein ähnlicher dauernder Reiz mit Harnträufeln wird durch Karunkeln, Polypen, Ektropium und durch Dilatation der Urethra infolge unzweckmäßiger Kohabitationsversuche bedingt. Zweimal habe ich deswegen eine Keilexzision am Orif. urethrae mit vollständigem Erfolg ausgeführt.

Ähnlichen Harndrang verursachen echte Urethritiden, Würmer, Pruritus, Kraurosis vulvae usw., der durch Heilung der Grundkrankheiten ohne weiteres schwindet.

Die Blasenschwäche in der Schwangerschaft bedarf kaum einer Behandlung, da sie nach der Geburt von selber verschwindet. In manchen Fällen sieht man eine Besserung, wenn Schwangere wegen Hängeleib oder Kreuzschmerzen eine Umstandsbinde tragen. Sonst versagt jede Therapie. Während der Entbindung darf man trotz häufigen Urinierens nicht ohne weiteres annehmen, daß die Blase entleert ist; sehr häufig verbirgt sich hinter dem Harnträufeln eine Überfüllung der Blase, die sogar die Geburt zum Stillstand bringen kann. Erst nach katheterisierter Blase setzen dann wieder kräftigere Wehen ein.

Auch im Wochenbette ist für regelmäßige Blasenentleerung Sorge zu tragen.

Gelegentlich muß man auch daran denken, daß Stuhl- und Harndrang Symptome einer abgestorbenen intra- und extrauterinen Frucht sind, und daß Blasensymptome im Vordergrunde stehen bei Inkarzeration eines retroflektierten graviden Uterus.

Digitized by Google

Wenn in letzterem Falle noch keine Blasengangrän eingetreten ist, ist die Blase sofort zu entleeren, der Uterus aufzurichten und bis etwa zum fünften Monat durch einen Ring zu halten. Ist dagegen der spontan abfließende Urin bereits blutig-jauchig, dann ist jeder Repositionsversuch zu unterlassen und nur eine klinisch-operative Behandlung möglich, da durch die Blasengangrän der Frau die allergrößte Lebensgefahr droht.

Tumoren der Ovarien und des Uterus mit Blasenstörungen sind operativ zu behandeln; dazu gehören auch Myome, die mechanische Störungen machen. Bestrahlungen oder sonstige Behandlungen dieser Myome führen nicht zum Ziel. Besonders starke Blasensymptome machen Myome, die an der Rückseite des Uterus hängen und diesen nach hinten ziehen. Ich habe eine ganze Reihe von Fällen durch Myomektomie geheilt, von denen einige bereits mit Alexander-Adams, sehr viele andere mit Ringen und Pessaren anderweitig vorbehandelt waren, und zwar ohne Besserung der Blasenschwäche.

Wir kommen nun zu den entzündlichen gynäkologischen Erkrankungen. Ich sehe wiederum von der Besprechung der Fälle ab, bei denen die Blase selbst mit erkrankt ist, oder bei denen es vielleicht gar zu einem Eiterdurchbruch in die Blase gekommen ist. Eine Indikation zum operativen Eingriff dürfte, wenn es nicht zur Abszeßbildung kommt, wohl kaum je durch Blasenstörungen gegeben werden. In sehr vielen Fällen ruft eine Eisblase im frischen Stadium der Entzündung schwere Blasenbeschwerden hervor und muß durch andere Behandlungsmethoden ersetzt werden. Mit Morphium darf dann nicht gespart werden. Der Ausgang der entzündlichen Erkrankung ist charakterisiert durch peritoneale Adhäsionen mit mehr oder weniger schweren, fixierten Verlagerungen des Uterus. Diese und die schleichend verlaufenden Fälle von Schrumpfungen des Pelveoperitoneums zerren gleichzeitig an der Blase und machen sehr quälende Druck- und Zugneurosen. Thure Brandtsche Massage, Vibrationsmassage, Tamponaden, Klistiere, die durch Anfüllung der Ampulla recti mechanisch wirken, Heißluftbehandlung und die noch zu besprechenden allgemeinen Behandlungsmethoden führen meistens zur Beseitigung, sicher zu einer ganz erheblichen Besserung der Blasenbeschwerden.

Ähnliche Reflexneurosen der Blase werden durch Verlagerung der Nachbarorgane auch ohne entzündliche Fixation bedingt: bei vorderem Scheidenprolaps, von den leichtesten, kaum feststellbaren Formen bis zur ausgebildeten Zystozele mit dem quälenden Gefühl, daß die Blase nicht genügend entleert werden kann; bei deszendiertem Uterus mit und ohne Elongatio colli; bei hinterem Scheidenprolaps; bei Gastroenteroptose mit und ohne mobiler Retroflexio uteri. Die unkomplizierte mobile Retroflexio uteri allein dagegen macht überhaupt keine krankhaften Symptome, auch keine Blasenschwäche. Ich kann mich daher auch zu einer Pessarbehandlung oder gar zu einer operativen Korrektur einer unkomplizierten mobilen Retroflexio uteri durchaus nicht verstehen. Zu behandeln sind hierbei lediglich die Abmagerung, Nervosität und anämische oder lymphatische Erscheinungen. Eine gutsitzende Leibbinde oder ein sehr gut gearbeitetes Korsett, Liege- und Mastkuren mit Allgemeinbehandlung sind die beste Behandlungsmethode. Eine Elongatio colli oder ein Col tapyroide muß natürlich amputiert und ein Scheidenprolaps beseitigt werden. Bei Prolapsen mache ich seit Jahren die Levatorplastik des Beckenbodens und kann die vorzüglichen Resultate gar nicht genug betonen. Eine Beckenbodenplastik beseitigt bei Prolapsen die Blasenschwäche so radikal, daß man einen gleichzeitig bestehenden leichten vorderen Scheidenprolaps dann ruhig unoperiert lassen kann.

Eine ganze Reihe von Patientinnen klagt über Blasenschwäche nach örtlichen und allgemeinen Abkühlungen, nach kalten und nassen Füßen usw. Zwei Damen bekommen nach Erkältungen sogar regelmäßig einen Herpes genitalis mit Blasenschwäche, sehr

Digitized by Google

viele andere wiederum Blasenschwäche mit ziehenden Schmerzen beim Urinieren, so daß ich sehr wohl verstehen kann, wenn einige Autoren diese Fälle als rheumatische Erkrankung der Blase ansprechen. Tatsächlich werden diese Beschwerden durch heiße Umschläge, heiße Getränke, Aspirin und ähnliche Mittel schnell beseitigt. Eine überwiegende Menge dieser Patientinnen stammt jedoch aus Gichtfamilien und hat zum Teil selber Zeichen der harnsauren Diathese. Ihre Beschwerden steigen und fallen mit Barometerschwankungen, ähnlich wie bei dem lymphatischen Typus. Der stark saure Urin macht sogar gelegentlich echte Urethritiden und wird durch Urizedin und alkalische Wässer schnell neutralisiert; der lästige Harndrang schwindet dann sofort. Mit Nutzen habe ich auch Azitrin verordnet. Seit Jahren schließe ich prinzipiell als eigentliche Gichtkur die Falckensteinsche Salzsäure-Jodkur, besonders bei Frauen, die viel Fleisch essen, mit allerbesten Erfolgen an. Ich erinnere bei dieser Gelegenheit daran, daß von einzelnen Gichtforschern Urate im Perimetrium angenommen werden. Wenn diese tatsächlich vorkommen, dann würden manche Formen von schleichend verlaufenden pelveoperitonitischen Schrumpfungen mühelos erklärt werden können, die die oben erwähnten Reflexneurosen der Blase hervorrufen.

Bei einigen Frauen mit funktionellen Herzstörungen habe ich Anfälle von Extrasystolien mit gleichzeitiger Blasenschwäche beobachtet. Hiergegen haben sich am besten elektrische Vierzellenbäder bewährt; dieselben sollen wochen- und monatelang täglich mit schwachen Strömen genommen werden. Bei Rückfällen führt dann eine kurze Behandlungsdauer schnell wieder zur Heilung.

Hiermit habe ich die Fälle von Blasenschwäche, die ich in 12 Jahren beobachtet und behandelt habe, erschöpft. Außer der speziellen Behandlung der einzelnen Fälle ist es aber sehr wichtig, die nervösen anämischen und lymphatischen Frauen durch Allgemeinbehandlung auf ein besseres Gesundheitsniveau zu bringen. Ich lasse daher eine Reihe allgemeiner Ratschläge folgen, die in sinngemäßer Weise einzureihen sind.

Die erste und wichtigste Vorschrift bei Frauen mit Blasenschwäche lautet: warme Füße! Es ist auffallend, wie viel Frauen an kalten Füßen mit Gänsehaut bis über die Knie hinauf leiden. Solche Frauen müssen bis in den Sommer hinein eine Wärmflasche ins Bett nehmen, müssen mehrmals am Tage die Strümpfe wechseln und heiße Fußbäder oder Wechselfußbäder nehmen und hinterher die Haut gut frottieren. Kalte Bäder vertragen sehr viele Frauen mit Blasenschwäche schlecht, noch schlechter fast lauwarme Bäder, die ja schon physiologisch Urindrang hervorrufen: die meisten Frauen verlangen nach Bädern von 30 Grad Reaumur und darüber. Anämische Frauen brauchen viel Wärme und nehmen daher mit größtem Nutzen elektrische Heißluftbäder mit guter Nackenkühlung. Vorher soll stets durch heiße Fußbäder für warme Füße gesorgt werden.

Kohlensaure Bäder werden oft weniger gut, Sauerstoffbäder eventuell mit Kiefernadelextrakt gut vertragen; ich lasse aber, entgegen der üblichen Vorschrift auch hier bei etwa 29 Grad Reaumur baden. Hinterher kommt Bettruhe von etwa einer Stunde.

Bei der Auswahl eines Badeortes ist das Grundleiden maßgebend; für die meisten Fälle paßt Franzensbad und Elster mit Moor- und Stahlbädern und Stahltrinkkuren. Lymphatisch-skrophulöse und anämische Mädchen und Frauen schicke ich nicht an die See, sondern mit Vorliebe in die Höhe von 1200—1500 m mit guter Sonnenbestrahlung (Wengen, Rigi Kaltbad usw.).

Bei der künstlichen Höhensonne treten die objektiven Erfolge im Verhältnis zur Suggestivwirkung bei Blasenschwäche in den Hintergrund. Die Suggestiverfolge addieren sich aber sehr gut zu der suggestiven Kraft der ärztlichen Persönlichkeit, wenn es gilt, die Energie der Frau zu stählen.

Digitized by Google

Örtlich kann man durch starke Ätzungen der Harnröhre und eventuell durch Blasenspülungen mit 1‰ Argentumlösung gute Erfolge erzielen.

Von inneren Mitteln empfehle ich Calc. lact., Arsenperdynamin, Sanguinal Krewel mit Arsen, Elarson und Dürkheimer Maxquelle; mehr rate ich jedoch zu einer Injektionskur mit Solarson. Bei lymphatischen Frauen habe ich auch mit Vorteil innerlich Hypophysochrom (Laboschin) nehmen lassen.

Bei Abmagerungen sind Liege- und Mastkuren wirksam. Zu warnen ist dabei vor übertriebenem Milchgenuß, da man hierdurch sehr leicht die Gastrektasie und ihre Beschwerden vermehrt.

In einer Reihe von Fällen ohne örtlichen Befund erzielt man gute Erfolge durch orthopädische und mechanische Behandlungsmethoden. Zunächst muß ich immer von neuem darauf hinweisen, daß man durch Erhöhen des Bettendes die Blase entlasten und allein hierdurch gelegentlich eine vollkommene Heilung der Enuresis nocturna erzielen kann.

Über örtliche elektrische Behandlung der Blasenschwäche habe ich keine Erfahrungen; sie wird aber von verschiedenen Seiten gelobt.

Eine weitere gute Behandlungsmethode ist die Massage des Blasenhalses von der Scheide, bzw. bei Virgines vom Rektum aus. Ich steigere den Erfolg noch dadurch, daß ich 5%ige Protargolstäbchen (3 cm lang, 3—5 mm dick) in die Harnröhre einführe und dann massiere. Das Protargolstäbchen reizt chemisch und mechanisch.

Bei der Blasenhalsmassage hatte ich oft den Eindruck, als ob die Besserung durch Mitmassieren kleiner, nicht palpabler Peritonealadhäsionen bedingt war. Ich pflege daher stets gleichzeitig mit der Blasenhalsmassage manuell oder mit dem Vibrationsapparat den Uterus zu mobilisieren und auch heiße Irrigationen mit Kochsalz, Tamponaden und Heißluftbehandlung anzuwenden. Spülungen mit klarem Wasser ohne Zusätze machen bei einer Reihe von Frauen Fluor und sind daher zu unterlassen. Wenn keine Indikation zu anderen Zusätzen besteht, lasse ich auf einen Liter Wasser einen halben bis einen Teelöffel Kochsalz nehmen.

Ferner sollen alle Frauen mit funktioneller Blasenschwäche orthopädische Übungen machen, die den Schließmuskel der Blase treffen. Hierher gehört in erster Linie das rhythmische Öffnen und Schließen des Mastdarmringmuskels, da die Schließmuskeln des Mastdarmes, der Scheide und der Blase gemeinsam vom Plexus pudendus innerviert werden. Ferner hat sich sehr die rhythmische Knieteilung und -schließung als Widerstandsbewegung bewährt, da hierdurch die Sphinkteren der Blase mitkontrahiert werden.

Bei einem Prozentsatz der Frauen ohne gynäkologischen Befund haben aber alle diese Behandlungsmethoden versagt. Diese Frauen schicke ich in geschlossene Sanatoriumsbehandlung, wo selbst in schwierigen Fällen nervöser Blasenhyperästhesie durch kombinierte hydrotherapeutische Maßnahmen noch weitere Erfolge erzielt werden.

Ich habe eigentlich nie Gelegenheit gehabt, die Gersunysche Operation zu machen, die durch Längsachsendrehung der frei präparierten Urethra auch in den verzweifeltsten Fällen tatsächliche Heilung bringen soll.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Januar 1918.

Originalbericht von Dr. Sprinz-Berlin.

1. Heller demonstriert a) einen 18jährigen Mann, der an **Psoriasis** seit dem 12. Lebensjahre leidet. Das Bemerkenswerte dieses Falles ist, daß auch die **Lippenschleimhaut** von Psoriasis betroffen ist. H. macht auf die charakteristischen, querverlaufenden Rhagaden aufmerksam.

Zur Diskussion bemerkt Lederмann, daß es sich meist nur um Übergänge von der äußeren Haut auf die Lippenschleimhaut handle; nur sehr selten sei die Schleimhaut isoliert betroffen.

b) Einen 21jährigen Mann, der bis faustgroße Tumoren in der Leiste, Achsel und anderen Stellen mehr aufweist, die als Ausdruck einer **Pseudoleukämie** sichergestellt sind. Seit 18 Monaten haben sich an der Stirn, auf der Nase und an den Wangen Hautveränderungen entwickelt, die sich als runde, braunrote, flache Infiltrate von etwa Zweimarkstückgröße äußern. Die Ränder sind leicht erhaben, und das Zentrum zeigt geringe Abflachung. Entsprechend der Einteilung von Paltauf hält H. die **zirkumskripte Form der lymphatischen Hauterkrankung** für vorliegend. Röntgen und Arsen blieben erfolglos.

Auf den Einwurf Pulvermachers, daß an Lupus erythematodes zu denken wäre, erwidert H., daß er den Einwurf als berechtigt anerkenne; daß er sich aber nicht entschließen könne, zwei verschiedene Dermatosen bei einem Kranken zu vermuten, wenn die Möglichkeit bestehe, alle Erscheinungen unter ein Krankheitsbild zu bringen.

c) **Röntgenphotographien** eines Unterschenkels, herrührend von einem Falle **kongenitaler Syphilis** eines jetzt 25jährigen Mannes. Das Bild zeigt neben den typischen Ossitis eburnea an der Grenze zwischen Diaphyse nnd Epiphyse eine deutliche Kalkablagerung.

2. Heller kommt noch einmal auf die Frage des Spätikterus nach Salvarsan zurück. Nach seiner Auffassung besteht eine bestimmte Relation zwischen Ikterus und der Höhe der verabfolgten Dosis. Dazu berichtet H. u. a. über einen Fall, wo der betreffende Kranke nach 24 Injektionen von Salvarsan zu 0,2—0,4 einen Spätikterus bekam.

Pulvermacher hält die Höhe der verabfolgten Dosis nicht allein für ausschlaggebend; wenn es auch theoretisch wahrscheinlich ist, daß mit zunehmender, toxischer Dosis die Aussicht, an Ikterus zu erkranken, steigt, so zeigt es sich in praxi, daß der Spätikterus ebenso bei vorsichtiger Dosierung eintritt wie nach übermäßigen Dosen.

Man muß annehmen, daß bei besonders disponierten Individuen das Salvarsan oder seine Produkte in der Leber gleichsam auf der Lauer liegen, um bei noch hinzutretenden Schädlichkeiten unbekannter Art einen Spätikterus zu erzeugen. Da die Häufigkeit der Fälle von Spätikterus an den verschiedenen Syphilisstationen ganz verschieden ist, müssen noch andere, im Milieu liegende Momente hinzukommen.

3. Bruhns bringt a) einen recht charakteristischen Fall der von Ehrmann zuerst beschriebenen Hautveränderung, die er als **Livedo racemosa** bezeichnete. Es finden sich blaßrote Flecke unregelmäßig ausgebreitet, einem Stamme mit seinen Ästen gleichend. Ehrmann hatte auf Grund histologischer Untersuchungen für alle seine Fälle einen Zusammenhang mit Syphilis angenommen. Br. hebt hervor, daß die Hautveränderungen

Digitized by Google

auch ohne Anhaltspunkte für Syphilis vorkommen können. Histologisch ergaben sich nur ganz uncharakteristische Veränderungen.

b) Wohlgelungene Moulagen, an denen er erörtert, wie das **Erythema chronicum migrans** in zwei wohl unterscheidbaren Formen auftritt. Bei der einen Form finden sich girlandenähnliche Figuren, Scheiben und Ringe, die kommen und verschwinden, multipel bald hier, bald dort auftretend.

Br. beobachtete dieses Bild, von dem man sagen kann, daß es sich nur um ein atypisch lokalisiertes Erythem handelt, das die Prädilektionsstellen verloren hat.

Die interessantere Form ist diejenige, bei der das Erythem aus einem kleinen Fleck sich peripherwärts ausbreitet, dabei solitär vorkommend. Br. sah bei einem neurasthenischen Kranken in der Unterbauchgegend einen markstückgroßen Erythemflecken, der allmählich wuchs und sich in einzelne Papeln auflöste, welche das Aussehen eines tertiären Syphilids boten. Sonst kein Anhalt für Syphilis. Man sieht jetzt einen geröteten Saum, teils kontinuierlich durch Konfluenz, teils aufgelöst in einzelne Papeln. Die Affektion hat schließlich eine Breite von 34 cm erreicht. Leichtes Jucken, stärkeres Brennen. Die Probeexzision ergab nichts Charakteristisches.

Kaufmann-Wolff erinnert daran, daß der Ixodes ricinus solche Erytheme hervorrufen könne.

Bruhns bestätigt es; aber bei der Bildung so streng konzentrischer Figuren muß man eine parasitäre Ursache ausschließen und eher an eine toxische denken.

Saalfeld zeigt einen jungen Mann, der seit mehreren Jahren an **Nesselausschlag** leidet; gleichzeitig besteht chronische Nephritis. Die Nesseln tragen Bläschen an der Spitze, die aufgekratzt werden und heilen mit Hinterlassung eines bräunlichen Hofes und weißen Zentrums.

S. hält eine **Urticaria perstans papulosa** für vorliegend, die jedoch nicht in regelmäßigen Schüben auftritt, sondern nur im Sommer.

Ledermann meint, daß der heftige Juckreiz, die follikuläre Anordnung, das Herauskratzen bis zur Narbenbildung im Verein mit der chronischen Nephritis für Acne urticata spricht.

Ledermann stellt einen Fall hochgradiger **Melanosis** vor, dessen Ätiologie völlig im unklaren liegt. Es handelt sich um eine 46jährige, etwas schwächliche Postbeamtin, die 1908 an Lichen ruber gelitten, 1909 wenig Levicobrunnen getrunken, seitdem keine Arsenmedikation erhalten hatte. 1916 machte sie große psychische Aufregung durch. 1917 entwickelte sich eine auffällig rauchige Pigmentierung des Gesichts. Das Aussehen ist jetzt fast bläulichschwarz, auch am Rumpfe, besonders um den Nabel herum stellten sich Pigmentierungen ein. Schälpasten blieben ohne Wirkung. Wegen eines sich in der Folge entwickelnden, stark juckenden Ausschlages, der an Lichen acuminatus erinnert, wurde, weil äußerliche Mittel nichts nutzten, Arsen verordnet. Nach 300 Pillen schwanden Juckreiz und die Knötchen. Eine Arsenmelanose ist nicht anzunehmen, da die Pigmentierung schon vor der Arsendarreichung bestand. L. schließt weiter Addison, Ochronose, Bronzediabetes aus. Auch kommt die Melanose nicht in Betracht, welche man jetzt durch gewerbliche Schädigung sich entwickeln sieht. Entweder liegt eine bisher noch nicht bekannte Art von Pigmentierung bei Lichen ruber, oder eine andersartige, unbekannte Ursache zugrunde.

Bruhns hält es nicht für wahrscheinlich, daß ein Lichen eine solche Melanose machen könne.

Demgegenüber betont Ledermann, daß er eine toxische Ursache vermute in irgend welchem Zusammenhange mit dem überstandenen Lichen. Er wolle jetzt Ultrazeozon verordnen, um die Patientin vor den Lichtstrahlen zu schützen.

Digitized by Google

Pulvermacher gibt einen Überblick über die in der Charité zur Beobachtung kommenden gewerblichen Hautschädigungen, wie sie jetzt während des Krieges durch den Gebrauch von unreinen Teerprodukten und Schmierölen entstehen. Es sind Keratosen und Melanosen, oder beides kombiniert. Diese Krankheitsbilder täuschen vielfach andere Affektionen vor, so Lichen ruber pilaris und papulo-nekrotische Tuberkulide.

P. neigt nicht zu der Annahme, daß gewisse Formen von Melanose, bei denen äußere schädigende Ursachen zu fehlen scheinen, allein durch die Annahme einer chronischen Intoxikation zu erklären seien. Er meint, daß, wenn auch vorübergehend, doch schädliche äußere Einflüsse mit im Spiele wären.

Heller hält es nicht für wahrscheinlich, daß Melanosen schon durch vorübergehenden Gebrauch eines hautschädigenden, Mittels wie etwa durch Waschen mit Kriegsseife, entstehen könnten.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Behandlung der Kinderblennorrhoe mittels der „Fiebertherapie" (Weiss), von Engwer. (M. m. W., 1916, Nr. 45.) Ein Fall von blennorrhoischer Vulvovaginitis wurde mit einem heißen Bade behandelt. Temperatur des Bades wurde allmählich auf 42—44° gesteigert und diese Temperatur über eine halbe Stunde möglichst erhalten. Rektalmessung des Kindes nach dem Bade 40°. Prompte Heilung.

A. Witte-Bremen.

Über die Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica bei Kindern mit Tierkohle (Merck), von Hans Géber-Kolozsvár. (W. kl. W., 1917, Nr. 9.) Das Verfahren besteht darin, daß nach einer Ausspülung der Vagina mit nachheriger Austrocknung derselben Tierkohle eingeblasen wird. Nach den mitgeteilten Fällen stellen sich Besserung und Heilung sehr bald ein. H. Vörner-Leipzig.

Aktuelles über die Blennorrhoe des Weibes, von C. Bucura-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 24.) Beschäftigung mit der Frage, weshalb es so viele unausgeheilte Fälle bei Frauen gibt. Weiter folgen Bemerkungen über Diagnostik, Behandlungstechnik und schließlich ein Hinweis darauf, daß nur auf diesem Gebiete geschulte Ärzte die Behandlung der Blennorrhoe der Frau übernehmen sollen. (Bezüglich des Titels ist zu bemerken, daß man die Blennorrhoe als Krankheit nicht in eine männliche oder weibliche einteilen darf, sondern nur in eine solche der Männer oder Weiber. D. R.)

H. Vörner-Leipzig.

Chronische blennorrhagische Urethritis bei der Frau, von Léon Bizard und Paul Blum. (Presse méd., 1917, Nr. 5.) Der chronische Harnröhrentripper der Frau ist als selbständige Erkrankung wenig beachtet, obwohl er an Häufigkeit gleich hinter der Erkrankung des Uterus kommt. Die Ursache für die Chronizität sind wiederholte Schädlichkeiten, die den Körper oder das Genitalsystem treffen, Reiten, Radfahren, Exzesse in alcoholo et venere usw. Die klinischen Symptome sind äußerst geringfügig: meist ist der Morgentropfen das einzige Symptom. Die chronische Urethritis kann als solche auftreten oder sich an eine akute Erkrankung anschließen. Klinisch kann man die Erkrankung des Harnröhrenkanals, der Region des Meatus und der Drüsen unterscheiden. Die Behandlung besteht in Massage, Spülungen und Pinselungen.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe, von J. Bucura-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1916, 23/24.) Einstellung der Portio im Spekulum, Desinfektion des äußeren

Digitized by Google

Muttermundes und des unteren Teiles der Zervix mit Alkohol oder Jodtinktur, Auswischen des ganzen Zervikalkanales mit steriler Watte, Einführen des der Rekordspritze aufgesetzten Uretherenkatheters mittels Pinzette in das Uteruskavum bis hinauf zu den Tubenecken, langsames Aspirieren einiger Tropfen Sekretes. Es gelingt hier der einwandfreie Gonokokkennachweis. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die „Fieberbehandlung" der Vulvovaginitis blennorrhoica bei kleinen Mädchen, von Ylppö. (Ther. Mh., 1916, H. 12.) In dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hause wurde es erreicht, daß bei einem elenden, $4^1/_2$ Jahre alten Kinde nach siebenmaligem heißen Bade (41—42°) die Gonokokken aus Vulva und Rektum verschwanden. E. Brinitzer-Altona.

Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung, von Hirsch. (Frauenarzt. 1914, Nr. 8.) H. sah bei der Behandlung mit Tanargentan-Bolus (Einblasung in die Vagina) günstige Erfolge bei Zervixkatarrhen, bei Verletzungen der Vagina, Erosionen, Ulzerationen, sowie bei Fällen von Fluor, die ihre Ursache in Konstitutionsanomalien haben. E. Brinitzer-Altona.

Die vaginale Trockenbehandlung mit Bolus-Biozyme, von Berg. (D. m. W., 1916, Nr. 14.) B. hat bei der Behandlung von blennorrhoischem und nichtblennorrhoischem Fluor mit Bolus-Biozyme — hergestellt von der Firma Vial und Uhlmann — gute Resultate erzielt. E. Brinitzer-Altona.

Über die Behandlung der Frauenblennorrhoe mit Protargolsalbe, von E. Kuznitzky-Breslau. (M. m. W., 1916, Nr. 46.) Die Novinjektolsalbe (Protargol 6,0, Aq. dest. 24,0, Eucerin. anhydric. Adip. lanae āā 35,0) wird auf einem Wattetampon im Spekulum an den äußeren Muttermund geführt. Ein zweiter Tampon wird vorgelegt. Die Tampons bleiben 12 Stunden liegen. Darauf Reinigungsspülung mit 1—2 Liter möglichst heißem Wasser. Dann Spülung mit 1 Liter Sol. hydrargyr. oxycyanat. 1,0 : 5000,0. In die Urethra 20%ige Protargolstäbchen. 98 Fälle wurden behandelt, darunter 57 unkomplizierte, von denen 51 dauernd gonokokkenfrei blieben. Methode bei Prostituierten von großem Vorteil, weil sie die Möglichkeit der Infektion erheblich herabsetzt. A. Witte-Bremen.

Bemerkungen zur Behandlung der Blennorrhoe beim Manne, von Joh. Roth-Köln. (M. m. W., 1917, Nr. 2.) Roth legt den größten Wert auf exakteste Diagnosenstellung, vor allem auch auf die Auffindung eventueller Retentionen in den Adnexen der Urethra. Das sicherste Mittel zur diagnostischen Provokation sieht Roth in intramuskulären Arthigoninjektionen. Chemische Reizeinspritzungen werden ganz verworfen. Für die Injektionsbehandlung leistete das Albargin (0,5—1,0 : 1000,0) die besten Dienste. Bei allen Komplikationen wendet Roth das Arthigon mit bestem Erfolge an. Bei allen akuten Komplikationen (Prostatitis acuta, Periurethritiden der Anterior, Epididymitis acuta) sah Roth vom Kollargol (Heyden) in intravenöser Anwendung gute Resultate. Kein Fall soll ohne Expression der Prostata und der Adnexe nebst mikroskopischer Untersuchung für geheilt erklärt werden. A. Witte-Bremen.

Chronische Blennorrhoe, von William S. Barnes-New Haven, Conn. (New York m. J., 7. Okt. 1916.) B. gibt eine kurze Schilderung, wie man sich im allgemeinen bei chronischer Blennorrhoe verhalten solle. Nachdem man sich überzeugt hat, daß der Ausfluß keine Gonokokken enthält, wäre der nächste Schritt, nach eventueller Striktur zu forschen. Dann folgt die Zweigläserprobe, und nun wird die Blase mit einer schwachen Lösung von übermangansaurem Kalium gefüllt und zwar zu dem doppelten Zwecke, als Schutz gegen den Druck bei der Massage von Prostata und Samenbläschen zu dienen und alles Material, das während derselben ausgedrückt wird, auszuräumen. Auch das durch Massage gewonnene Sekret sollte auf Gonokokken untersucht werden;

Digitized by Google

ebenso wichtig ist es, die verschiedenen im Sekret vorhandenen Epithelzellen zu unterscheiden. Es ist dadurch möglich, festzustellen, ob sie aus Harnröhre, Ductus ejaculatorii, Prostata und Samenbläschen stammen und welches dieser Organe hauptsächlich befallen ist. Steht es fest, daß am hinteren Teile der Harnröhre das Leiden sitzt, so nimmt B. die Endoskopie desselben vor, womit nicht nur die Diagnose gesichert, sondern auch die Lokaltherapie verbessert werden kann. Eine Kombination von endoskopischer mit Dilatationsbehandlung (Kollmannscher Dilatation) wird häufig günstige Resultate bei hartnäckigen, auf Blennorrhoe beruhenden Harnröhrenaffektionen bringen. B. fügt in ausführlicher Weise ein sehr lehrreiches Beispiel dieser Art bei, wo durch die kombinierten Behandlungsmethoden nach $1^1/_2$ Jahren ein ganz besonders hartnäckiger Fall (von alter Blennorrhoe der hinteren und vorderen Harnröhre) völlig zur Heilung gebracht wurde. Eine genaue Diagnose ist, kurz gesagt, die wichtigste Vorbedingung der Heilung. Mikroskop und, wenn erforderlich, Reinkulturen geben wertvolle Aufschlüsse. Einführung geeigneter Instrumente, verbunden mit Anwendung von Gegenreizung mittels Arg. nitr.-Lösungen lassen die Heilung in befriedigendster Weise erwarten. M. Stern-München.

Heilung chronischer Blennorrhoe durch Elektrolyse, von Charles Russ. (Lancet, 9. Dez. 1916.) Verf. empfiehlt die elektrolytische Behandlung nur für die chronischen Fälle mit Eiter und Kokken. Alle Injektionen und Spülungen werden sistiert (Beruhigung der gereizten Urethralschleimhaut) und neben der elektrolytischen Behandlung, die alle 2—3 Tage stattfindet, nur Oleum Santali und Gonokokkenvakzine gegeben. Auch eine blennorrhoische Kniegelenksentzündung und eine Epididymitis sah Verf. ohne weitere örtliche Maßnahmen abheilen. Die Anzahl der Sitzungen ist freilich oft sehr groß (28). Ein unangenehmes Vorkommen bei der Behandlung ist die spastische Kontraktion der Harnröhre um den stromdurchflossenen Katheter. Durch Umwenden des Stromes oder Injektion von Stovain löst man den Spasmus.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Ein Vakuumbougie zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von A. Cambell. (Brit. m. J., 10. Juni 1916.) Der Verfasser sucht vermittels eines an eine Art von Quecksilberpumpe angeschlossenen Bougies, das in der Harnröhre ein Vakuum erzeugt, eine Hyperämie und Resorption in den subepithelialen Geweben zu erzeugen und die Drüsen und Lakunen zu entleeren. A. Gunsett-Straßburg.

Blennorrhoe und ihre Komplikationen, Behandlung mit der atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle und Blaizot, von A. Hyman-New York. (New York m. J., 12. Aug. 1916.) Eine Reihe von 25 Fällen von Blennorrhoe, die mit einer oder mehreren Komplikationen behaftet waren, wurde mit diesem Impfstoff behandelt, lokale Behandlung aber gleichzeitig unterlassen. Sieben der Fälle (= 28%) wurden endgültig geheilt, wovon zwei mit brillantem Resultat; Fälle von Epididymitis wurden nur in geringem Grade beeinflußt. Chronische Prostatitis zeigte jedoch den höchsten Prozentsatz der Heilung. In den wenigen Fällen von Tripperrheumatismus war eine ziemlich ausgesprochene Besserung zu konstatieren, vorübergehende Besserung oft im Verlaufe der Behandlung, die dann bei Unterbrechung derselben von Rückfällen gefolgt war. Die Gonokokken-Komplementfixations-Probe ward in keinem der Fälle beeinflußt. Der Impfstoff erwies sich als völlig unschädlich, toxische Erscheinungen entwickelten sich niemals. Im ganzen kann aus diesen Erfahrungen geschlossen werden, daß die atoxische Gonokokkusvakzine, obwohl zuweilen von ausgezeichneten Resultaten begleitet, in ihrem Einflusse ziemlich unkonstant ist und man in einem gegebenen Falle nicht auf sie absolut sich verlassen kann. Der Heilungsprozentsatz war in H.s Fällen nicht

Digitized by Google

höher als mit den gewöhnlichen Behandlungsmethoden, aber H. hofft, daß sie durch künftige Verbesserung konstantere Resultate geben wird. M. Stern-München.

Über intravenöse Vakzinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen, von Arthur Weiss-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 20.) Aus den Ausführungen des Verf. geht hervor, daß die intravenöse Vakzineinjektion einen wesentlichen Fortschritt in der Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen bildet und daß dieses dem intramuskulären Verfahren überlegen ist. Wenn auch einzelne Mißerfolge zu verzeichnen sind, so erfährt doch die Heilung der Komplikationen eine erhebliche Abkürzung, während eine günstige Beeinflussung des urethralen Prozesses oft unverkennbar ist.
H. Vörner-Leipzig.

Nachträgliche Bemerkung zu dem Artikel: Über intravenöse Vakzinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen, von Arthur Weiss-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 24.) Mitteilung, daß Prof. Brucks erste Arbeit über das Vakzinationsverfahren bei Blennorrhoe bereits 1909 in der Deutschen medizinischen Wochenschrift, Nr. 11, veröffentlicht wurde. H. Vörner-Leipzig.

Über reaktionslose intravenöse Injektionen von Fulmargin bei den Komplikationen der Blennorrhoe, von Pakuscher. (B. kl. W., 1917, Nr. 20.) Fulmargin ist eine 1‰ige elektrisch zerstäubte kolloidale Silberlösung, bei deren Anwendung die den anderen kolloidalen Silberlösungen anhängenden unerwünschten und gefährlichen Nebenwirkungen nicht beobachtet worden sind. Epididymitis wurde am günstigsten beeinflußt, überraschend auch Gelenkerkrankungen; letztere um so schneller, je frischer sie waren. Das Mittel wurde täglich intravenös (gewöhnlich eine Ampulle = 5 ccm) gegeben. Keine Wirkung ergab sich bei der Prostatitis. E. Klemm-Leipzig.

Abortive Bakteriotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen, von Paul v. Szily und Aladar Sternberg. (M. m. W., 1917, Nr. 4.) Sofort nach der bakteriologischen Feststellung der Augenblennorrhoe werden dem Patienten 1 ccm von 500 Millionen etwas karbolisierter lebender, frisch gezüchteter Typhusbazillen (Vakzine) subkutan injiziert. Einige Stunden nach der Injektion ist das Augenlid abgeschwollen, der Schmerz geschwunden. Sekretion geht rasch zurück, die Erreger verschwinden. Ältere, nicht virulente Typhusvakzine erwies sich als völlig wirkungslos. 14 Fälle von Ophthalmoblennorrhoe bei Erwachsenen (überall Gonokokken positiv) werden in kurzen Krankengeschichten mitgeteilt. A. Witte-Bremen.

Zur Abortivbehandlung der Ophthalmoblennorrhoe. Bemerkung zum Demonstrationsvertrag des Herrn Priv.-Doz. L. Müller in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, am 1. Dez. 1916, von R. Possek. (W. kl. W., 1917, Nr. 3.) Der Verfasser weist darauf hin, daß in ähnlicher Weise, wie durch Milchinjektionen, schon durch andere Methoden eine abortive Heilung der akuten Ophthalmoblennorrhoe erzielt wurde. Fälle, bei welchen Bakteriotherapie angewendet wurde, werden aus früheren Jahren angeführt. Weitere 25 Fälle sollen in der nächsten Zeit mitgeteilt werden, welche der Verfasser auf seiner eigenen Abteilung beobachtete. H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung der Blennorrhoe des Auges mit Milchinjektionen, von Ernst Bechstez. (W. m. W., 1917, Nr. 37.) Mitteilung von fünf Fällen. Eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes durch die Milchinjektionen konnte in keinem Falle festgestellt werden. H. Vörner-Leipzig.

Zwei Fälle von isolierter blennorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge, von Alexander Hellwig. (Diss., Bonn 1916.) Mit Rona und Lichtenberg betrachtet auch der Verfasser die beiden beobachteten Raphegänge als Abkömmlinge versprengter Teile des Urogenitalseptums, als Gebilde, die histologisch und entwicklungsgeschichtlich

Digitized by Google

zur Urethra gehören und die vielleicht den Lakunen und den Littréschen Drüsen analog sind. Für die meist auffallende Tatsache, daß das Epithel der paraurethralen Hauptgänge von Plattenepithelzellen gebildet wird, finden sich auch in der normalen Harnröhre Analogien: Plattenepithel der Fossa navicularis, Plattenepithelinseln in der Harnröhre.

W. Chrzelitzer-Posen.

Blennorrhoische Infektion der Urethraldrüsen, von Albert Lefort-Roistel. (New York m. J., 22. April 1916.) Die Follikulitis, wie die alte Bezeichnung für obige Affektion lautet, wird nach den klinischen Erscheinungen in eine akute, subakute und chronische Form eingeteilt. Erstere wird selten als solche diagnostiziert, da sie meist im akuten, stürmischen Stadium der Blennorrhoe völlig in den Hintergrund tritt. Viel wichtiger ist die subakute Form, welche durch Verklebung der äußeren Harnröhrenöffnung, Röte derselben, durch verschiedene kleine, bei Palpation schmerzhafte, schrotkorngroße und in die Schleimhaut der Harnröhre eingebettete Tumoren charakterisiert ist. Diese Form der Follikulitis hat ausgesprochene Neigung, sich zur akuten wieder zu verwandeln und erfordert sehr sorgsame intraurethrale Behandlung. Bei der chronischen Form, welche der vorhergehenden bei mangelnder Behandlung meist folgt, sind geringer, leicht gelblicher, mehrmals täglich sich zeigender Ausfluß vorhanden und bei sorgfältiger Untersuchung in der Nachbarschaft der Fossa navicularis ein oder mehrere Knötchen zu finden, jedoch ohne Rötung des Meatus. Eine Follikulitis endet in Resolution oder geht in komplizierten Fällen über in Abszeß, Fisteln und Strikturen. Differentialdiagnostisch kommen vor allem intraurethraler, weicher und harter Schanker, Gumma des Penis, auch in der Harnröhre lokalisierte Tuberkulose in Betracht. Die Behandlung, welche in jedem Falle eine sorgsame zur Verhütung der Folgen sein muß, läßt L. hier außer Betracht.

M. Stern-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Rheumatismus, von H. Quincke-Kiel-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1917, Nr. 33.) Quincke gibt eine klinische Analyse des auch heute noch völlig unklaren Sammelbegriffs: Rheumatismus — kein Wunder bei dem auffallenden Tatsachenmangel an normal-anatomischen und pathologisch-anatomischen Grundlagen. Der akute und chronische Gelenkrheumatismus wird kurz besprochen. Die Arthritis deformans ist vom chronischen Gelenkrheumatismus abzugrenzen. Eine eingehende Würdigung erfährt der Muskelrheumatismus. Verfasser vergleicht die Schwellungen bei der akuten Myalgie, die rheumatischen Schwielen und Knötchen mit den vorübergehenden Schwellungen der Haut bei Urtikaria und Oedema acutum circumscriptum (Quinckes Ödem). Die Erkältung wirkt durch Auslösung von Reflexen auf vasomotorische und trophische Nerven der Bindesubstanzen. Zum Schluß folgt eine lesenswerte kurzgefaßte Diagnostik des komplizierten Gebietes sowie therapeutische Aphorismen.

P. Unna jun.

Verschiedenes.

Dr. Otto Ringleb, Privatdozent für Urologie in Berlin, erhielt den Titel Professor.

Prof. Salomon Ehrmann wurde für 1918/19 zu einem der Vorsitzenden der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnezer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. April 1918 | Nr. 15 | Band 66

Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie.

Von

Prof. C. Bruhns in Charlottenburg.

Der Aufforderung des Herrn Kollegen Galewsky in Nr. 5 dieser Wochenschrift[1]) folgend, in eine Aussprache über die jetzige epidemische Verbreitung der Trichophytien einzutreten, möchte ich mir nur einige Bemerkungen auf Grund unserer im Charlottenburger städtischen Krankenhause (mit Vereinslazarett) während des Krieges gesammelten Beobachtungen erlauben. Auch wir haben natürlich die bedeutende Häufung von Bartflechten konstatieren können und müssen nach unseren Beobachtungen annehmen, daß bis heutigen Tages die Ausbreitung der Erkrankung noch immer sehr im Ansteigen begriffen ist. Unsere Fälle stammen zum weitaus größeren Teil aus den Garnisonen Groß-Berlins. Nur ein verhältnismäßig geringer Bruchteil der Befallenen brachte die Trichophytie direkt aus anderen Gegenden Deutschlands oder aus den besetzten westlichen oder östlichen außerdeutschen Gebieten mit. Immerhin müssen wir aber doch die jetzt hier so häufig vorkommenden Fälle von Trichophytie zum großen Teil auf ursprüngliche Einschleppung von außen her zurückzuführen, wenn wir auch trotz darauf gerichteter Beobachtungen bis jetzt an unseren Fällen zufällig noch keine anderen als die auch sonst schon hier beobachteten Pilzsorten feststellen konnten. Allerdings konnte ja längst nicht von jedem vorkommenden Falle abgeimpft werden.

Von den in unserem Laboratorium von Dr. Alexander gezüchteten Kulturen sind von 73 Patienten einzelne Stämme aufgegangen. Die Abimpfungen waren wesentlich häufiger, aber längst nicht alle ergaben eine zur Diagnose verwertbare Reinkultur, besonders auch deshalb nicht, weil die Beschaffung des Nährbodenmaterials, speziell der geeigneten Maltose, wegen der Kriegsverhältnisse in genügender Menge nicht möglich war. Infolgedessen konnten auch längst nicht alle der von uns in den Kriegsjahren beobachteten Fälle von Trichophytie, die sich im ganzen auf mehrere Hunderte schätzen lassen, abgeimpft werden.

[1]) Zur gegenwärtigen Bartpflechten-Epidemie. Offener Brief an die Redaktion.

Digitized by Google

Von diesen 73 Kulturen, die ganz vorwiegend von Soldaten des Lazaretts, nur in geringer Zahl von Zivilpersonen unseres Krankenhauses aus der Zeit des Krieges stammten, erwiesen sich

24 Fälle als Trichophyton gipseum,
37 „ „ „ cerebriforme,
12 „ „ Epidermophyton inguinale.

Betreffs der letzten Gruppe ist zu bemerken, daß wir die gewöhnlichen typischen Fälle von Eczema marginatum nur in geringer Zahl abgeimpft haben, da sie kaum etwas Neues oder Unerwartetes zu bieten vermögen. Sechs Kulturen von Epidermophyton inguinale stammten von typischen Fällen, dagegen rührten die anderen sechs Kulturen von einem klinischen Krankheitsbilde her, das von dem bekannten Bilde des in der Leistengegend lokalisierten Eczema marginatum abwich. Fünf Patienten hatten flache, runde oder konfluierte Herde am Halse bzw. am Rumpfe, einer zwischen den Fingern. Die Herde am Rumpfe zeigten zum Teil die bekannte Entstehung nach Applikation feuchter Umschläge[1]). In zwei dieser Fälle gaben die Patienten mit großer Bestimmheit an, daß zuerst die Herde am Rumpfe und dann sekundär ein Befallensein der typischen Stellen in den Inguines sich gezeigt hätten. Die Herde am Halse und Rumpfe ließen makroskopisch nicht ohne weiteres erkennen, daß es sich um atypisches Eczema marginatum handelte. Erst durch die Kultur wurde dies sicher.

Umgekehrt erwies sich die Lokalisation in den Inguines nicht immer als Eczema marginatum. Zweimal wuchs das Trichophyton gipseum. Allerdings ließ schon die vorhandene leichte oder stärkere Infiltration der Hautherde darauf schließen, daß hier nicht das Epidermophyton inguinale als ätiologischer Faktor in Betracht komme.

Die Kulturen des Trichophyton gipseum haben wir alle als die Form des Trichophyton gipseum asteroides gedeutet. Die von W. Fischer[2]) in einigen Fällen auch festgestellte Art von Trichophyton gipseum granulosum ließ sich in unseren Fällen nicht identifizieren. Allerdings haben wir bei den Kulturen, deren Ursprung meist längere Zeit zurückliegt, auch nicht die von Fischer angegebene Abimpfung auf Peptonagar vorgenommen, so daß uns dadurch immerhin wohl ein oder der andere Stamm, der sich nun vielleicht als Trichophyton gipseum granulosum erwiesen hätte, entgangen sein könnte. Erwähnt sei noch als besondere klinische Form ein durch das Trichophyton gipseum veranlaßter Fall von Trichophytie des Nagelbettes. Die Erkankung verlief unter dem Bilde einer an sich uncharakteristischen Paronychie. Durch das gleichzeitige

[1]) Cf. Alexander, Arch. f. Derm., Bd. 113. — [2]) D. m. W., 1917, Nr. 30.

Digitized by Google

Bestehen eines typischen Trichophytonherdes am Arme, konnte erst die klinische Diagnose gestellt werden.

Von unseren 37 Fällen von Trichophyton cerebriforme hatten nach ihren Angaben 13 die Infektion in Groß-Berlin erlitten, 4 in Nachbarorten Berlins, 6 in Westdeutschland, Danzig und anderen Teilen Deutschlands, je 1 in Belgien, Bialystok, Dünaburg. Bei 10 war die Infektion nicht mehr feststellbar. Von den 24 Gipseum-Fällen hatten 14 sich in Groß-Berlin infiziert, 2 in anderen Gegenden Deutschlands, je 1 in der Gegend von Dünaburg, in einem anderen Orte Rußlands und in Nordfrankreich, bei 5 war der Ansteckungsort unbekannt. Die 8 Fälle von Epidermophyton inguinale endlich, bei denen der Übertragungsort feststellbar war — bei 4 war er nicht mehr zu ermitteln — stammten sämtlich aus Deutschland, davon 6 aus Groß-Berlin.

Wenn es uns auffiel, nicht gelegentlich fremden Pilzsorten, wie Trichophyton rosceum von dem Bessunger[1]) z. B. in Elberfeld eine kleine Epidemie erlebte u. a. begegnet zu sein, so sei übrigens erwähnt, daß doch auch Fischer unter seinen 114 angegangenen Stämmen keine allzu große Zahl von fremden Pilzen fand. Neben 86 Fällen von Trichophyton cerebriforme und gipseum (80mal cerebriforme) gibt er 14 Fälle von Trichophyton gipseum granulosum an, die aber zum größeren Teil einer von zwei Verwundeten aus Nordfrankreich eingeschleppten Epidemie entstammten. Daneben sah er noch 7mal Trichophyton rosaceum, das bei uns noch neu ist, und je 1—2mal Trichophyton equinum, violaceum, faviformen Typ, Microsporum novum und Favus. Übrigens sahen wir relativ oft Trichophyton gipseum, Fischer gab das Verhältnis von Trich. gipseum zu cerebriforme vor dem Krieg hier an wie 10 : 80, bei uns war es 24 : 37.

Was die Prophylaxe der Trichophytien anlangt, so ist die strenge Einhaltung der Vorschriften über die Hygiene der Barbierstuben und besonders häufige Kontrolle der Vorschriften jetzt natürlich besonders notwendig. Daß der Barbier sich vor der Bedienung jedes Kunden sorgfältig wäscht, daß der Rasierpinsel ganz wegfallen sollte (Einseifen mit der Hand), daß Papierservietten, soweit diese noch vorhanden sind, verwerden sollten, ist oft genug betont worden. Die Kunden sollten jetzt angehalten werden, möglichst selbst Servietten oder Taschentücher zum Abtrocknen und zum Umlegen um den Hals unter den Frisiermantel mitzubringen. Jeder aber, der es irgend vermag, soll sich selbst rasieren. Ferner müßten vor allem auch für die schon Erkrankten, die sich nicht selbst rasieren können, besondere Rasierstätten zur Ver-

[1]) Derm. W., 1917, Nr. 36.

Digitized by Google

fügung stehen. Mit Recht klagen die Erkrankten darüber, daß sie oft nirgends eine Gelegenheit, rasiert zu werden, finden, da sie, wenn sichtbar erkrankt, in den Babierstuben wegen des übrigen Publikums abgewiesen werden. Es müßten von der Behörde einige Barbierstuben bezeichnet werden, wo Trichophytiekranke unter allen Kautelen der Desinfektion rasiert werden können. Für die an ansteckender Bartflechte ambulant behandelten Militärpersonen müßte in den Lazaretten die Gelegenheit, sich rasieren zu lassen, eingerichtet werden und den Betreffenden das Aufsuchen einer öffentlichen Barbierstube unter Strafandrohung verboten werden. Daß aber heute auch außerhalb der Barbierstuben viele Trichophytien übertragen werden, ist zweifellos, ich erinnere z. B. nur an die Polster der Eisenbahnwagen und andere.

Die in größerer oder geringerer Zahl in verschiedenen Lazaretten auftretenden Epidemien von Eczema marginatum, die ich, ebenso wie Fischer [1]) und Galewsky [2]) bei meinen fachärztlichen Beratungen hier manchmal in ziemlich erheblicher Zahl beobachten konnte, waren in ihrer Entstehung und Ausbreitung nicht immer leicht zu ergründen. Neben der Übertragungsmöglichkeit durch gemeinsam gebrauchte Wäsche, durch Thermophore, Umschläge usw. sollte besonders, worauf auch Galewsky hinweist, auf die Infektion durch die Klosetts (Schutz durch aufgelegte Papierbedeckung!) geachtet werden.

Therapeutisch haben wir die üblichen antiparasitären Mittel, Jodtinktur, Schwefelsalben u. a. m., angewendet. Auch die von Galewsky empfohlene Lenigallol-Schüttelmixtur (10%) hat sich uns bei oberflächlichen Fällen sehr gut bewährt. Frühzeitig muß die Epilation einsetzen, weil ja doch oft genug, auch bei scheinbar ganz flachen Herden, die Pilze schon in den Haarwurzeln sitzen. Am besten geschieht die Haarentfernung sicherlich durch Röntgenbestrahlung, und man soll die Bestrahlung (als Tiefenbestrahlung) in verhältnismäßig weiter Umgebung des sichtbar befallenen Herdes vornehmen. Natürlich muß man, um die Enthaarungsdosis zu geben, seinen Röntgenapparat gut in der Hand haben. Nicht in jedem Lazarett wird diese ganz präzise Ausdosierung durchgeführt werden können, und wo die Enthaarung durch Röntgen nicht vorgenommen werden kann, muß wenigstens die Epilation mit der Pinzette ausgeführt werden. Im übrigen kommt ja die Röntgentherapie auch für die Resorption der tiefen Infiltrate in Betracht. Wenn aber W. Fischer oberflächliche Herde nicht gern bestrahlen will, weil er eine rasche Propagierung des Prozesses in die Tiefe fürchtet, so kann ich nicht recht einsehen, warum dadurch diese Ausbreitung so leicht stattfinden sollte.

---

[1]) D. m. W., 1915, Nr. 48. — [2]) M. m. W., 1917, Bd. 13, S. 472.

Digitized by Google

Vielmehr meine ich, man sollte aus der Tatsache, daß doch die Haare auch bei den oberflächlichen Herden schon zum großen Teil befallen sind, die Konsequenz ziehen und auch bei flachen Herden in behaarter Gegend die Epilation durch Röntgen vornehmen, sonst wenigstens mit der Pinzette epilieren.

Betreffs des Rasierens wird den Patienten öfter angeraten, davon ganz abzusehen, da durch das Abtrocknen usw. die Pilze zu leicht auf die noch gesunden Stellen übertragen würden. Ich glaube, daß dagegen das Stehenlassen des Bartes viel zu sehr verhindert, daß unsere Medikamente mit den kranken Stellen ordentlich in Berührung kommen und dies das größere Übel sein würde. Ich empfehle daher doch immer, den Bart wenigstens in Zwischenräumen von einigen Tagen durch Rasieren zu entfernen.

Neben der Röntgentherapie möchte ich aber noch vor allem die im allgemeinen noch viel zu wenig geübte Wärmebehandlung, womöglich mit Thermophoren betonen. Bei allen tiefer infiltrierten Herden lassen wir in unserem Krankenhaus die Patienten möglichst dauernd während des Tages die an die elektrische Leitung angeschlossenen Thermophore umgebunden tragen und erreichen dadurch verhältnismäßig rasch die Aufsaugung auch der größten Infiltrate, auch in den Fällen, in denen aus äußeren Gründen nicht geröntgt wurde. Natürlich werden wir am besten die verschiedenen Methoden nebeneinander anwenden, auch eventuell noch die von Klingmüller jüngst empfohlene Methode der Terpentineinspritzung, über die mir allerdings bis jetzt die eigene hinreichende Erfahrung noch fehlt. Aber jedenfalls sollte neben der Röntgenbehandlung vor allem die Wärmebehandlung recht reichlich angewendet werden soweit sie zu ermöglichen ist. Und da diese Behandlung mit Wärme, da gegenwärtig wohl Leinsamen und Breiumschläge oder haltbare Gummithermophore kaum mehr zu haben sind, nur ausnahmsweise im Hause ausführbar ist, gehören m. E. alle an tiefer Trichophytie Leidenden in klinische Behandlung. Nur oberflächlicher Herpes tonsurans sollte ambulant behandelt werden. Aber auch dann muß durch gutsitzende Verbände die Gewähr geschaffen werden, daß keine Weiterübertragung erfolgt.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Blasenschwäche und der Enuresis nocturna [1]).

Von

Frauenarzt Dr. W. Schrader in Hamburg.

Die Enuresis nocturna gilt von jeher als eine Crux medicorum, braucht es aber nicht zu sein.

Vor etwa 15 Jahren hielt ich in der hiesigen „Geburtsh. Gesellschaft" einen kleinen Vortrag über „Blasenschwäche und Enuresis nocturna". Bei dieser Gelegenheit gab ich eine Behandlung an, von der ich erwartete, sie würde zum Gemeingut der Ärzte werden, einmal, weil diese Behandlung sehr wirkungsvoll ist, und weil sie den pathologisch-anatomischen Verhältnissen entsprach, die dieses Leiden bedingen. Merkwürdigerweise hörte ich von keiner Seite, daß mein Verfahren Anklang gefunden hatte. Es wurde weder nachgeprüft, noch fand es Billigung, noch wurde es abgelehnt, nur Stillschweigen erfolgte.

Als ich für den heutigen Abend den damaligen Vortrag in den Berichten der „Geburtsh. Gesellschaft" suchte, stellte es sich heraus, daß er in denselben gar nicht zu finden ist. Die Berichte der betreffenden Jahre zeichnen sich allerdings durch eine nichtssagende fragmentarische Kürze aus. Jedenfalls ist damit die Erklärung gefunden, warum meinem Vortrage keine Beachtung zuteil geworden war. Es ist dies um so bedauerlicher, als ich mit meiner Behandlungsweise niemals einen Versager erlebt habe, trotz Hunderter von Fällen. Rückfälle kamen allerdings auch zur Beobachtung, aber stets genügten wenige Sitzungen zum Dauererfolge.

Meistens wird die Blasenschwäche als die Folge einer katarrhalischen Erkrankung angesehen, was irrig ist und die Mißerfolge einer jeden diesbezüglichen Therapie erklärt. Die Befunde des Harns sind frei von Bestandteilen, die auf Katarrh zurückzuführen sind. Die Engländer sehen deshalb diese Erkrankung als „reizbare oder nervöse" Blase an, und doch ist es nur als ein tatsächliches Unvermögen zu betrachten, den Harn in normaler Weise zurückzuhalten.

Die Mechanik der Harnentleerung spielt sich physiologisch bekanntlich folgendermaßen ab: Bei einem gewissen Füllungsgrade der Blase preßt der Detrusor vesicae den Harn durch den schwachen unwillkürlichen Sphincter int. in den Blasenhals. Sobald der Harn den

[1]) Gelegentliche Ausführungen zu einer Aussprache im Hamburger Ärztl. Verein am 6. Nov. 1917.

Digitized by Google

Sphincter ext., welcher dem Willen des Trägers unterworfen ist, erreicht, wird der Sphincter ext. in Tätigkeit gesetzt und der Harn willkürlich zurückgehalten und durch die Ringmuskulatur des Blasenhalses zurück nach der Blase gedrängt. Sobald sich die Blase nun noch mehr füllt, kommt es zum Zweikampf zwischen Detrusor einerseits und den beiden Sphinkteren andererseits, bis es zur willkürlichen Entleerung kommt, oder — der Sphincter ext. erlahmt und der Harn geht unfreiwillig ab.

In unseren Fällen von Blasenschwäche sowie Enuresis nocturna sind die Sphinkteren und der Blasenhals zu sehr geschwächt, um ein normales Zurückhalten zu ermöglichen. Dieses pathologische Verhalten des Blasenhalses und der Sphinkteren läßt sich in allen diesen Fällen schon durch die Digital-Untersuchung auf ganz bestimmte anatomische Veränderungen zurückführen.

Normalerweise bildet der Blasenhals einen deutlich konfigurierten, festen Wulst.

In unseren Krankheitsfällen sind der Blasenhals und der Sphincter int. völlig erschlafft, platt, weich, nicht mehr konfiguriert. Der Blasenhals ist sehr druckempfindlich, es entsteht bei Druck ein stechendes Harndranggefühl. (Patientin zeigt ängstlichen Gesichtsausdruck, und, wenn nicht darauf vorbereitet, möchte Patientin aufspringen zum Wasserlassen.)

Viele Patienten können jahrelang wegen gynäkologischer Leiden den Arzt konsultieren, ohne je über ihr Blasenleiden zu klagen, weil sie oder ihre Bekannten doch keine Hilfe mehr erhofften. Sie hatten ja im Laufe der Jahre gelernt, ihr Leiden als ein unabwendbares, allgemeines Frauenleiden hinzunehmen. Wer aber ärztlichen Rat nachgesucht hatte, hatte wirkungslose Ratschläge erhalten oder gar nur moralische Tröstungen erfahren.

Ein gelegentlicher Druck gegen den Blasenhals verrät durch seine Empfindlichkeit und den charakteristischen Gesichtsausdruck das Vorhandensein der Blasenschwäche. Die Diagnose auf Blasenschwäche ist oft auch von weitem zu stellen:

Sitzen mehrere Frauen zusammen und lachen bei der Unterhaltung, so sieht man nicht selten, daß eine der Lachenden plötzlich das Gesicht ärgerlich verzieht. Sie hatte wider ihren Willen Harn verloren.

Also ein Fall von Blasenschwäche!

Oder man sitzt nach dem Theater- oder Konzertschluß in einem Restaurant. Plötzlich stürzt eilig ein Ehepaar hinein, wild um sich blickend. Sie finden nicht gleich das Gewünschte. Der Mann stürzt sich auf den Kellner. Derselbe deutet auf die Lage der Bedürfnisanstalt. Die Frau verschwindet mit erleichtertem Gesicht.

Digitized by Google

Auch dies ein Fall von Blasenschwäche. Im Theater sieht man immer dieselben Frauen in jeder Pause, womöglich beim Szenenwechsel, herausgehen. Auch sie gehören zu dieser Kasuistik.

Die Behandlung besteht in geeigneter Massage des Blasenhalses und seiner Sphinkteren. Man wählt am besten den Mittelfinger, geht die Harnröhre lang bis wo der Sphincter ext. in den Blasenhals übergeht. Den meist platten, weichen, nicht konfigurierten Blasenhals drückt man so hoch, wie man hinaufkommen kann, sanft gegen die hintere Wand der Symphyse. Es kommt zuerst darauf an, die Blasenschleimhaut durch Druck gegen die Symphyse blutleer zu machen. Durch die Blutleere wird die Blasenschleimhaut dünner und ihr Gesamtvolumen für die Ringmuskulatur des Blasenhalses weniger umfangreich. Die Ringmuskulatur kann sich daher verkürzen und ist so kräftiger geworden.

Oft fühlt man schon unter dem leicht massierenden Finger, wie der Blasenhalswulst sich zu konfigurieren beginnt.

Zu diesem Zwecke streicht man sanft quer zum Blasenhals über die druckempfindlichen Partien, bzw. drückt sie gegen die hintere Wand der Symphyse, bis das stechende Harndranggefühl ziemlich geschwunden ist. Bei veralteten Fällen wird sich der Blasenhals oftmals erst nach einigen Sitzungen wulsten. Die Seitenränder des Blasenhalses bleiben oftmals am längsten druckempfindlich und bedürfen alsdann im besonderen der Massage.

Bei Erwachsenen wird die Massage per vag. ausgeführt, bei Kindern und Knaben per rect., das vor der Sitzung zu Hause durch Klysma zu entleeren ist.

Mit diesem einfachen Verfahren bin ich seit 23 Jahren stets ausgekommen und gerade die Fälle von Enuresis noct. bei Knaben erwarben mir ganz besonders den Dank der Familie. Manche von den Knaben waren durch die ewigen moralischen Aufrichtungen der Umgebung und das Verlangen, „dagegen anzugehen", in gewissem Grade der Verblödung verfallen. Solche Kinder machen ein direktes seelisches Martyrium durch, besonders in großen Alumnaten, wie es Ganghofer in seinem „Lebenslauf eines Optimisten" schildert.

In einem meiner Fälle sagte mir der psychiatrisch geschulte Hausarzt, meine Behandlung würde nicht zum Ziele führen, weil der Knabe psychisch alteriert sei; er war nur verblödet und entwickelte sich geistig nachher ganz normal.

Ein Grundsatz ist dabei noch zu betonen: Die Behandlung darf nicht in verzettelten Dosen stattfinden, sondern bis zum Eintritt durchschlagenden Erfolges täglich, und dann erst in Pausen, wenn der Blasenhals unempfindlich geworden ist und einen festen Wulst bildet.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Fulguration bei blennorrhoischer Follikulitis, von GEORGE KNOWLES SWINBURNE-New York. (M. Record, 31. Juli 1915.) Bei chronischen Blennorrhoen, bei denen hauptsächlich die Follikel erkrankt sind, verwendet Verfasser mit gutem Erfolge die Fulguration. Er läßt den hochfrequenten Strom auf jeden Follikel einzeln zwei- bis dreimal durch mehrere Sekunden einwirken. Auf diese Weise wird rasche Heilung ohne Rückfälle erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der blennorrhoischen Follikulitis durch Kauterisation mit dem D'ARSONVAL-Strome, von BALLENGER und ELDER-Atlanta. (J. Am. m. Assoc., 27. Mai 1916.) Sobald bei einem Patienten, der immer nach Aufhören der Behandlung wieder Ausfluß bekommt, Prostata und Samenblasen als Krankheitsherde ausgeschlossen werden können, kann man beinahe mit Sicherheit annehmen, daß entzündete Follike, die Ursache des Ausflusses sind. Zur Zerstörung dieser Follikel empfehlen die Verfasser die endoskopale Anwendung der hochfrequenten Ströme mittels einer speziell vom Verfasser angegebenen Elektrode. Zur Verwendung kommt nicht der OUDINsche monopolare sondern der D'ARSONVALsche bipolare Strom. A. Gunsett-Straßburg.

Die Autoserotherapie der blennorrhoischen Epididymitis, von WAGON. (Acad, de méd., 25. Juli 1916.) Der Verfasser konnte feststellen, daß die Autoserotherapie bei der Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis außerordentliche Dienste leistet, die sogar diejenigen der Bakteriotherapie übertreffen. A. Gunsett-Straßburg.

Beobachtungen über Rektalblennorrhoe bei Kindern, von G. STÜMPKE-Hannover-Linden. (M. m. W., 1916, Nr. 49.) St. weist darauf hin, daß die Angaben der Verfasser über die Häufigkeit der Rektalblennorrhoe bei kindlicher Vulvovaginitis sehr schwanken; er selbst berechnet die Häufigkeit bei einem Material von 59 Fällen auf 55,9% (Färbung nach GRAM, keine Kulturen). Der Verlauf der kindlichen Rektalblennorrhoe ist äußerst chronisch und der Therapie wenig zugänglich. Die hauptsächlichsten klinischen Symptome sind stärkere Rötung und Schwellung der erkrankten Schleimhaut Geschwüre sind selten, häufiger ganz oberflächliche Erosionen. A. Witte-Bremen.

Über akute diffuse Peritonitis bei der blennorrhoischen Salpingo-Oophoritis, von P. ZACHARIAE. (Hospitalstidende, 1916, Nr. 18.) Der Verfasser bespricht drei Fälle. W. Holland-Kristiania.

Zur Genese der Gonokokkensepsis, von CHRISTOPH SOCIN. (B. kl. W., 1916, Nr. 21.) Verf. veröffentlicht ausführlich den Befund der Obduktion, der histologischen und bakteriologischen Untersuchung eines Falles von Gonokokkensepsis, der sich durch einige bemerkenswerte Eigenheiten auszeichnete. In den Genitalien fand sich geringgradige Urethritis, einseitige eitrige Spermatozystitis, einseitige Epididymitis. Eine vom Plexus prostaticus ausgehende Thrombosierung der Venen, übergreifend auf die Hypogastrica dextra, V. iliaca communis und femoralis, in letzterer vereitert, bildete den Ausgangspunkt der Allgemeinerkrankung. In dem vereiterten Thrombus der V. femoralis konnten intrazelluläre, typisch semmelförmige, als Gonokokken anzusehende Kokken nachgewiesen werden. Metastasenbildung in den Organen durch Ansiedelung der im Blute kreisenden, im Verlaufe der klinischen Beobachtung aus dem Venenblut gezüchteten Gonokokken ließ sich im Gegensatz zu den bisher bekannten Fällen nicht nachweisen.
E. Klemm-Leipzig.

Digitized by Google

Über Gonokokkensepsis, blennorrhoisches Exanthem, blennorrhoische Phlebitis, von Rudolf Massini-Basel. (Zschr. f. kl. M., 1916, Bd. 83, H. 1—2.) Ein junger Mann erkrankt an einer schweren Sepsis mit einem in Schüben auftretenden, makulösen, papulösen, pustulösen, hämorrhagischen Exanthem. Die Blutaussaat ergibt dreimal eine Reinkultur von Gonokokken. Die Untersuchung der Genitalien weist eine leichte Epididymitis und eine Spermatozystitis nach. In der Urethra Gonokokken nicht nachweisbar, kein eitriges Sekret. Die Autopsie ergibt als Ursache für die Sepsis eine Phlebitis der Vena femoralis dextra mit Erweichung des Thrombus, ausgehend vom Plexus prostaticus. Diese Phlebitis hatte intra vitam keine Erscheinungen gemacht. Die Diagnose Gonokokkensepsis ergibt sich aus dem kulturellen Befund, dem klinischen und pathologisch-anatomischen Nachweis ausgedehnter Erkrankung des Urogenitalsystems und der Wirkung einer aus dem gezüchteten Erreger hergestellten Vakzine bei einem Patienten mit blennorrhoischer Epididymitis. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Sepsis nach Blennorrhoe (Gonokokkensepsis), von Pflanz-Neukölln. (M. Kl., 1916, Nr. 31.) Der von Pflanz mitgeteilte Fall ist von großem Interesse, weil solche Fälle, in denen sich im Anschluß an eine akute Blennorrhoe eine letal endende allgemeine Sepsis entwickelt, glücklicherweise zu den großen Seltenheiten gehören. Der betreffende Patient, der mit einer akuten Blennorrhoe in die Behandlung von Pflanz kam, hatte 5 Jahre zuvor eine Blennorrhoe gehabt; dieselbe war zwar scheinbar geheilt, doch war die Prostata von vornherein bei dem jetzigen Aufnahmestatus vergrößert, höckrig und von derber Konsistenz. Es traten zu der anfangs einfachen, vorderen Urethralblennorrhoe Komplikationen von seiten der Prostata, Nebenhoden, Hoden und Blase auf; diese Komplikationen führten im weiteren schnellen Verlauf zu einer allgemeinen Sepsis mit Infarktbildung in der Lunge, Herzinsuffizienz und damit zum Tode. Das ausführliche Sektionsprotokoll vgl. Original. Die Sektionsdiagnose lautete kurz: 1. Cystitis acuta, 2. Prostatitis abscedens, 3. Urethro-Pyelitis catarrhalis duplex, 4. Nephritis parenchymatosa, 5. Epididymitis dextra partim abscedens, 6. Orchitis abscedens, 7. Pericystitis phlegmonosa incipiens, 8. Infarctus septicus apicis pulmonis dextra, 9. Pleuritis fibrinosa duplex. Sehr auffallend ist das Übergreifen des Prozesses auf die äußere Blasenwand, das sich wohl am besten durch eine Ausbreitung des Prozesses auf die Lymphbahnen des Vas deferens erklären läßt. Ob die allgemeine Sepsis von einem Prostataabszeß, der auf die Blasenwandung übergegriffen hat usw., oder von der Epididymitis mit Übergreifen auf den Hoden zustande gekommen ist, läßt der Verfasser unentschieden. Ebenso bleibt die Frage ungelöst, ob es sich um eine reine Gonokokkensepsis oder um eine Mischinfektion gehandelt hat.

O. Lasch-Breslau.

Blennorrhoische Gelenkentzündung, von Wilms. (D. m. W., 1917, Nr. 14. Vereinsbericht.) Bei schweren Fällen versagt die übliche Behandlung mit Wärme und Stauung und führt dann zu Versteifungen. Bei diesen Fällen ist Entleerung des paraartikulären eitrigen Exsudats und Längsinzisionen bis zur Synovia, eventuell durch die Synovia durch, unbedingt erforderlich. E. Brinitzer-Altona.

Hypophyse bei blennorrhoischer Arthritis, von Marry Sutton Macy-New York. (M. Record, 19. Juni 1915.) Verf. hat in einigen Fällen von Tripperrheumatismus, die jeder Behandlung trotzten, Hypophysentabletten gegeben und damit rasche Heilung erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Operative Behandlung der schweren Fälle von blennorrhoischer Gelenkentzündung, von Wilms-Heidelberg. (M. m. W., 1917, Nr. 12.) Die operative Behandlung kommt in Frage: 1. bei Entzündungen mit starkem Erguß, der durch unsere Behandlung nicht zurückgeht; meist findet sich dann Eiter, der durch Punktion oder

Digitized by Google

kleine Inzisionen abgelassen wird. Spülungen sind kaum nötig. 2. Bei frischen phlegmonösen Kapselentzündungen, bei denen wegen hochgradiger Empfindlichkeit die sonst hier so brauchbare Methode der Stauungstherapie Schwierigkeiten macht oder überhaupt nicht anwendbar ist. Hier erfolgt am besten Inzision bis in die Gelenkkapsel oder auch ins Gelenk. 3. Bei älteren, verspätet in unsere Behandlung kommenden Fällen von phlegmonöser Entzündung, bei denen die Gefahr der Versteifung droht (Auflösung der Gelenkknorpel und Kapselschrumpfung). Es erfolgt am besten längere Inzision in die Gelenkkapsel und kleinere Eröffnung des Gelenkhohlraumes. Wärme, Stauung, Arthigon unterstützen den Erfolg. 4. Von den einzelnen Gelenken bedarf das Hüftgelenk am häufigsten der operativen Behandlung, dann Ellbogen- und Kniegelenk. 5. Der gute und schnelle Erfolg der operativen Behandlung beruht sowohl in der besseren Entleerung von toxischen Produkten und des plastischen oder eitrigen Exudats, als auch in der verringerten Empfindlichkeit und frühzeitigen Bewegungsmöglichkeit. A. Witte-Bremen.

Zur Behandlung blennorrhoischer Gelenkentzündung, von Alfons Laudecker-Charlottenburg. (M. Kl., 1917, Nr. 10.) Während alle sonstigen empfohlenen Mittel gegen blennorrhoische Gelenkerkrankungen (Arthigon, Ichthyol, Heißluft, Diathermie, Biersche Stauung usw.) den Verfasser oft ganz im Stiche gelassen haben, oft nur zu sehr langwierigen und nicht ganz vollständigen Heilungen geführt hätten, hat Laudecker in dem Fulmargin (Physiolog.-chem. Laboratorium Dr. Hugo Rosenberg, Charlottenburg) bei akuten Fällen ein Mittel „κατ' ἐξοχήν" gefunden. Es werden 2—3mal wöchentlich 5 ccm injiziert (unter lokaler Applikation von Ichthyol, Heißluft und Bierscher Stauung), und Schmerzhaftigkeit, Entzündung und Schwellung lassen bald nach, und die Heilungsdauer wird wesentlich abgekürzt. Bei verschleppten Fällen mit Versteifung glaubt Laudecker ein souveränes Mittel in Fibrolysin-Injektionen gefunden zu haben, so vorzüglich, daß es ihm unentbehrlich erscheint. Es werden wöchentlich drei Ampullen intramuskulär injiziert, und die Heilung wird durch heiße Bäder, Heißluft und resorbierende Medikamente unterstützt. Bisweilen ist es nötig, den Prozeß in ein mehr subakutes Stadium zurückzuführen und Fulmargin und Fibrolysin abwechselnd anzuwenden. Laudecker verspricht noch ausführlichere Mitteilungen und wünscht vor der Hand Anregung zur Nachprüfung zu geben. O. Lasch-Breslau.

Die Vakzinebehandlung der blennorrhoischen Arthritis, von Dosmar. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1916.) Das Gonargin ist, intramuskulär injiziert, vollkommen unschädlich und belästigt den Patienten in keiner Weise. Es wirkt bei der Arthritis blennorrhoica schmerzlindernd. Dadurch kann frühzeitig mit der Bewegung des befallenen Gelenkes begonnen und eine Gelenkversteifung verhindert werden. Es scheint, als ob durch das Gonargin, wenn es frühzeitig angewandt wird, die Dauer erheblich abgekürzt wird. Das Gonargin verdient bei jeder Arthritis blennorrhoica möglichst frühzeitig angewandt zu werden. E. Brinitzer-Altona.

Die Behandlung der komplizierten Blennorrhoe des Mannes, von Brölemann-Kiel. (M. m. W., 1917, Nr. 5.) Sobald bei der Zweigläserpobe der zweite Urin getrübt ist und Phosphaturie ausgeschlossen wurde, wird die Spritzbehandlung ausgesetzt. Dann wird sofort 3mal täglich unter gleichzeitiger Beobachtung und Behandlung der Prostata die Blase mit Blasendruckspülung (Klysopompe oder Irrigator) behandelt. Bleibt der zweite Urin trotzdem trübe, tritt die Hilfstherapie in ihr Recht: heiße Bäder (von 38° steigend bis 45° 10—30 Minuten Dauer), Gonokokkenvakzine, polyvalente Vakzine (Staphylo-, Streptokokken, Bacterium coli), Schmierkur. Dazu innerlich Sandelöl und Formalinpräparate. Bei Erkrankungen des Nebenhodens: Druckverbände, Hodenbrett, heiße Umschläge, Gonargin, heiße Bäder. Bei Prostataentzündung: sofortige Massage bzw. 2mal wöchentlich Untersuchung auf Miterkrankung. A. Witte-Bremen.

Digitized by Google

Über die physikalisch-chemischen Grundlagen der Therapie der Blennorrhoe. 1. Die Wirkung kolloider Metalle auf Gonokokkenkulturen, von F. W. Oelze-Breslau. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1916, Bd. 18, H. 3.) Nur eine kleine Zahl von kolloiden Metallen hat eine gonokokzide Wirkung, und unter diesen haben bis jetzt nur Silber und Quecksilber praktische Bedeutung erlangt. Der kolloide Zustand der Metalle ist für die Wirkung nicht von Bedeutung, dagegen ist er wichtig für den Transport unlöslicher Elemente und Verbindungen. Es wurde gezeigt, wie die Natur des Schutzkolloids den Grad der reinen Metallwirkung beeinflußt. Es kann das Metall ganz unwirksam machen, es maskieren. Andererseits läßt sich aber durch geeignete Präparate offenbar auch der therapeutische Wert erhöhen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Behandlung renitenter Blennorrhoeerkrankungen, von Theodor Mayer. (B. kl. W., 1917, Nr. 12.) Verf. untersucht zunächst alle nach drei Wochen noch nicht gonokokkenfreien Fälle auf das Vorhandensein von Schleimhauttrichtern oder -Taschen in der Nähe des Orifiziums und sondiert letztere mit dünnem, argentumbeschmolzenem Metalldraht. Nachdem erfolgt Untersuchung der Prostata in der üblichen Weise. Sind an diesen beiden Stellen Gonokokken nicht mehr festzustellen, und ist vielmehr der Drüsenapparat der vorderen Harnröhrenschleimhaut als Träger etwa noch vorhandener Gonokokken anzusehen, so hat sich Verf. die Explorativmassage der Harnröhrenschleimhaut auf einer mit Spiritus saponato-kalinus statt eines fettigen Vehikels beschickten Metallsonde mit unmittelbar anschließender Silberspülung der Anterior und Posterior bewährt. E. Klemm-Leipzig.

Resultate in der Behandlung des Harnröhrentrippers, von Gorger Cornaz-Lausanne. (Rev. méd. Suisse Rom., 1917, Nr. 6.) Mitteilungen über die Anwendung schwacher und starker Protargollösungen, Injektionen mit Hegenon, Jodargal, Spülungen mit Amminiumpersulfat, weiter über Gonokokkenvakzine von Nicolle. Bis auf einen Fall waren die Resultate gleich Null. Schließlich berichtet er über die Anwendung eines Präparates, welches Rhéantine genannt und von der Firma Lumière hergestellt wird. Es handelt sich um Pillen, welche aus Gonokokkenkulturen bestehen. Es wurden täglich 4—6 Pillen gegeben. Ein Erfolg blieb aus, namentlich verschwanden die Gonokokken nicht. H. Vörner-Leipzig.

Über die Fieberbehandlung der Blennorrhoe nach O. Weiss, von W. Scholtz-Königsberg. (M. m. W., 1916, Nr. 29.) Der Verfasser hat den Gedanken von O. Weiss aufgegriffen, die Blennorrhoe dadurch zu heilen, daß man die Körpertemperatur durch heiße Bäder bis auf 42° und selbst darüber heraufschraubt, also bis zu Wärmegraden, bei denen die Gonokokken, entsprechend ihrer geringen Resistenz höheren Temperaturen gegenüber, zugrunde gehen müssen. Es ist ja bekannt, daß die Blennorrhoe beim Hinzutritt irgend einer anderen mit Fieber von 40—41° verbundenen Krankheit, z. B. einer Pneumonie, eines Typhus, ausheilen kann, ohne daß irgend eine lokale Behandlung stattfand. Scholtz suchte grundsätzlich mit niedrigeren Temperaturen, als sie Weiss angestrebt hat, auszukommen, zumal er bei seinen anfänglichen Versuchen, gleiche Temperaturen zu erreichen, wie das Weiss in einigen Fällen gelungen ist, doch nur einmal eine Körpertemperatur von 42° erzielen konnte, in den übrigen Fällen aber die Bäder wegen auftretender Nebenerscheinungen (hohe Pulsfrequenz, Schwindel, Schwäche und dergleichen) schon bei Körpertemperaturen von 40—41° unterbrochen werden mußten, und einige Male nicht einmal 40° erreicht werden konnten. Da klinisch die Ausheilung einer Blennorrhoe bei einer interkurrenten fieberhaften Erkrankung zwar vorkommt, sehr oft oder sogar meistens ausbleibt, war von einer Bäderbehandlung, bei der nur Körpertemperaturen von 39,5—41° erreicht werden, zwar nicht gar so viel zu erwarten, und in der Tat beobachtete der Verfasser bei alleiniger Bäderbehandlung einige Stunden

Digitized by Google

nach dem Bade oder auch erst am nächsten Tage wohl öfter ein Nachlassen der Gonokokkenwucherungen, aber es gelang ihm unter 15 Fällen nur zweimal, durch ein derartiges heißes Bad und eine Körpertemperatur von 40—41° eine vollständige Ausheilung zu erzielen. Er versuchte deshalb durch eine Kombination der Bäderbehandlung mit energischer lokaler Behandlung bessere Resultate zu erzielen. Dies gelang ihm auch in erfreulicher Weise. Unter 60 derartig behandelten Kranken erzielte er bei fast 80% derselben eine Heilung innerhalb von 12—14 Tagen, und nur in rund 20% der Fälle traten Rückfälle ein. Da man auch bei der üblichen Injektionsbehandlung im Lazarett mit 15% Rückfällen zu rechnen hat und die Behandlung unter diesen Umständen immer mindestens 5 Wochen dauert, so bedeuten diese bei kombinierter Bäder- und Lokalbehandlung erzielten Resultate einen recht erheblichen Fortschritt. Die lokale Behandlung wurde mit rasch in ihrer Konzentration ansteigenden Lösungen von Protargol, Ichthargan, Albargin, Arg. nitric. und Choleval vorgenommen, wobei bei Protargol z. B. in 3—4 Tagen von $^1/_2$%igen Lösungen auf 1%ige gestiegen wurde bei einer Dauer der Einspritzungen von 5—15 Minuten fünfmal täglich. Bereits am 2.—3. Tage wurde eine Janetsche Spülung mit $^1/_5$‰ Kalium permangan. und Arg. nitric. zugefügt. Am 7.—8. Tage wurde dann die Badebehandlung vorgenommen, dabei aber die lokale Behandlung sowohl am Badetage als weitere 5 Tage nach dem Bade fortgesetzt. Dann wurde die Behandlung unterbrochen, und die Heilung pflegte bis auf die obengenannten 20% Rezidive eingetreten zu sein. Die Badebehandlung wurde folgendermaßen vorgenommen: der Kranke steigt in ein Bad von 38° C; dann läßt man langsam heißes Wasser von etwa 50—60° zufließen, so daß die Temperatur des Bades innerhalb von einigen Minuten um 1° steigt. Man steigt so allmählich bis 43°, wobei man die Vorsichtsmaßregel gebrauchen muß, auf den Kopf der Kranken eine Eisblase zu legen.

A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Nebenerkrankungen mit Wärme, von Hans L. Heusner-Gießen. (D. m. W., 1917, Nr. 11.) Die Quarzlampen-Gesellschaft in Hanau bringt nach den Angaben von H. unter dem Namen „Sollux-Ergänzungslampe" einen Scheinwerfer in den Handel, der eine Leuchtröhre von mehreren tausend Kerzen enthält. Mit diesem Apparat wird die Genitalgegend in einem Abstand von etwa 60 cm bis zu einer Stunde bestrahlt. Auffallend war stets das schnelle Nachlassen der Schmerzen bei Epididymitis und das schon fast an die erste Bestrahlung sich anschließende Dünnerwerden des Ausflusses. Ein einziger etwas ausführlicher mitgeteilter Fall erscheint allerdings dem Referenten sehr wenig beweiskräftig für die gute Wirkung auf die Abtötung der Gonokokken. Ein 54 Jahre alter Herr, der nicht wegen Blennorrhoe bestrahlt wurde, gab an, seine Potentia coeundi habe nach den Bestrahlungen bedeutend zugenommen. H. weicht dann von seinem Thema noch weiter ab und bespricht günstige Erfahrungen bei Blennorrhoe mit anderen Mitteln. Sehr zweckmäßig erwies sich H. in verschiedenen Fällen die Verordnung von roher Ziegenmilch, die mit etwas Kaffee gern genommen wird. Der Ausfluß läßt bald nach, auch dann, wenn sich die Behandlung auf Bettruhe und nur Milch bis zu 2 Litern täglich beschränkt. Als Injektionsmittel erscheint H. das Choleval ein sehr empfehlenswertes Präparat zu sein.

E. Brinitzer-Altona.

Zur Vakzinebehandlung akuter Blennorrhoen, von Richard v. Plauner. (W. m. W., 1916, Nr. 28/29.) Bei akutem Tripper kommt lediglich kausale Therapie in Frage, nämlich antiseptische Lokalbehandlung und Gonokokkenvakzine. Die Lokalbehandlung kommt unbedingt an erster Stelle; nur wenn sich nach einigen Wochen zeigt, daß sie nicht zum Ziele führt, wenn die Gonokokken nach zeitweiligem Verschwinden wieder auftreten, dann soll die antiseptische Behandlung mit der Vakzinebehandlung kombiniert

Digitized by Google

werden. Diese soll nicht mit kleinen Dosen, sondern mit mittleren begonnen werden und dann mit starken fortgeführt werden. R. Frühwald-Leipzig.

Vakzinebehandlung der Blennorrhoe, von Carl C. Warden-Ann Arbor. (J. Am. m. Ass., 11. Dez. 1915.) Die Untersuchungen haben gezeigt, daß die isolierten Fette der Gonokokken eine hochgradige antigene Eigenschaft besitzen, was bei der Komplementbindungsreaktion in Erscheinung tritt. Verf. hat versucht, diese Eigenschaft auch therapeutisch zu verwerten. Er stellte eine Vakzine aus diesen Fetten her und hat sie an akuten und chronischen, reinen und komplizierten Fällen ausprobiert. Bei allen Fällen bewirkten die subkutanen Injektionen deutliche Besserung, bei einigen völlige Heilung. R. Frühwald-Leipzig.

Über Vakzinebehandlung bei Blennorrhoe, von Karl Klause. (Diss., Gießen 1913.) Die Vakzinebehandlung ist am wirksamsten bei Epididymitis und Funikulitis. Beeinflußbar sind Adnex- und Zervixerkrankungen, sowie parenchymatöse Prostatitis. Bei Urethritis und katarrhalischer Prostatitis tritt kein Effekt auf. Je frischer der Fall, desto besser die Wirkung. Die Dosis beträgt, von 5—10 Millionen beginnend, stets um die Hälfte steigend, bis 100—200 Millionen. Schädigungen wurden nicht beobachtet. R. Frühwald-Leipzig.

Über eine kombinierte Proteinkörper-Vakzinetherapie bei blennorrhoischen Komplikationen, von Artur Weiss-Szeged. (W. m. W., 1917, Nr. 14.) Kombinierte Anwendung von intraglutäalen Mischinjektionen (1 ccm) und intravenösen Gonargininjektionen ($^1/_2$ ccm). Eine Anzahl Beispiele werden angeführt. H. Vörner-Leipzig.

Zur Milchbehandlung der Blennorrhoe, von J. Krausz. (W. m. W., 1917, Nr. 13) In zwei Fällen besserten sich die subjektiven Beschwerden. Die meisten Fälle bekamen Temperatursteigerungen, ein Fall bekam ein starkes Infiltrat an der Injektionsstelle. Eine Wirkung auf den blennorrhoischen Prozeß wurde im allgemeinen nicht beobachtet. H. Vörner-Leipzig.

Die Silberiontophorese in der Therapie der Blennorrhoe, von H. Koller-Winterthur. (M. m. W., 1917, Nr. 2.) In einer größeren Versuchsreihe stellte K. fest, daß Silberionen ohne Gefahr in den Körper eingeführt werden können, wenn man mit den Elektroden richtig umgeht. Für seine therapeutischen Versuche benutzte K. das bereits von Philippson (M. m. W., 1911) empfohlene Kaliumsilberzyanid (0,5—1,0 auf 1000.0 Aq. dest.). Zu einem abschließenden Urteil über den Wert dieser Therapie sind Serienuntersuchungen erforderlich. A. Witte-Bremen.

Interne Antiblennorrhoika und Kavakavin, von Georg Haedicke. (Allg. m. Zztg., 1913, Nr. 16—17.) Kavakavin besteht aus ostindischem Sandelöl, dem Kawaharz und Hexamethylentetramin zugesetzt ist; es kommt in Tablettenform in den Handel und wird zu 3×2 täglich verabreicht. Verf. ist mit den Erfolgen sehr zufrieden; die subjektiven Beschwerden des akuten Trippers hören bald auf, Harnbeschwerden verschwinden, der Urin klärt sich, Komplikationen werden vermieden. R. Frühwald-Leipzig.

Arhovin bei Blennorrhoe, von Tröscher. (D. m. W., 1916, Nr. 52.) T. hat 40 Fälle mit Arhovin behandelt und kommt zu sehr günstigem Ergebnis. Das Mittel ist frei von den unangenehmen Nebenerscheinungen der Balsamika, wirkt rascher und verdient jetzt im Kriege den Vorzug, da es in Deutschland hergestellt wird. Bei Nebenhoden und Prostatitiden führt es schnelle Schmerzlinderung herbei, bei Zystitis wirkt es rasch harnklärend und ruft saure Reaktion herbei. Täglich wurden 4—6 Kapseln zu 0,25 gegeben. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Über Argaldin, ein neues Silbereiweißpräparat, von KURT MEYER. (B. kl. W., 1916, Nr. 27.) Bei den vorgenommenen experimentellen Versuchen erwies sich das Argaldin in bezug auf Abtötung und Entwicklungshemmung der Gonokokken dem proteinsauren Silber gleichwertig. Einen Vorzug erblickt Verf. in der Haltbarkeit der Lösungen und in der geringen Reizwirkung. E. Klemm-Leipzig.

Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der Blennorrhoe bei Männern und Weibern, von W. FRIEBOES. (M. m. W., 1916, Nr. 22.) Nach der Ansicht des Verfassers sind die Heilerfolge bei unkomplizierter Blennorrhoe der vorderen Harnröhre dieselben wie bei unseren anderen guten Silberpräparaten, aber die Dauer der Behandlung darf nicht zu kurz bemessen sein, da sonst Rezidive unvermeidlich sind. Hervorzuheben ist, daß das Mittel sehr rasch das Sekret gonokokkenfrei und schleimig macht bzw. rasch zum Verschwinden bringt. Daß bei schweren Komplikationen das Choleval die Behandlungsdauer irgendwie wesentlich abkürzt, ist nicht der Fall, es hat somit in dieser Beziehung keine Vorzüge vor den anderen Mitteln. Bei katarrhalischen und purulenten Zystitiden sind Blasenspülungen mit Choleval 1 : 1000 bis 1 : 500 von guter Wirkung. Bei der Blennorrhoe der Frauen war es bei folgender Technik von ganz ausgezeichnetem Erfolg: Urethral wurde $^1/_2$%ige Cholevallösung eingespritzt und 10 Minuten lang gehalten. Vaginal wurde einmal täglich mit ganz dünner Kalium permangan-Lösung ausgespült und dann ein tüchtig mit 1%iger Cholevallösung getränkter Tampon vor die Zervix geschoben. A. Gunsett-Straßburg.

Über Versuche mit dem neuen Antiblennorrhoikum „Choleval", von TH. BAER-Mainkur. (M. m. W., 1916, Nr. 26.) Die Erfahrung, die der Verfasser mit dem Mittel machte, waren die denkbar günstigsten. Es wurde in $^1/_2$%iger Lösung eingespritzt, dann wurde bei negativem Gonokokkenbefund auf 1% eventuell $1^1/_2$% gestiegen. Es scheint aber, daß auch geringe Konzentration ($^1/_4$—$^3/_4$%) schon ausschlaggebende Wirkung haben. Nur bei 2%iger Konzentration klagten die Patienten über leichtes Brennen. Die Behandlung der Posterior wurde anfänglich in Form von GUYON mit 3—5%iger Lösung vorgenommen; in dieser Form zeigte das Mittel ebenfalls keine Reizerscheinungen, doch stellte sich später heraus, daß die Anwendung der JANETschen Spülungen die Wirksamkeit der GUYONschen Instillationen noch übertraf. Die JANETschen Spülungen wurden in einer Lösung von 1 : 1000 vorgenommen, in einzelnen Fällen war es nötig, auf 1 : 500 zu steigen. Es gestaltet sich demnach die Behandlung ungefähr folgendermaßen:

Anterior: Injektion in die Urethra 6mal täglich (0.25—1,5%)
oder: JANET der Anterior 1 : 1000 bis 1 : 500 1—2mal täglich und 4 Injektionen.
Posterior: 4mal Injektionen, außerdem 3mal wöchentlich GUYON oder 2mal täglich JANET der ganzen Urethra.

In 10 Fällen, die 17—90 Tage im Lazarett mit den verschiedensten Antiblennnorrhoizis erfolglos behandelt worden waren, verschwanden die Gonokokken mit Ausnahme eines Falles, bei dem erst nach 35tägiger Behandlung das Sekret gonokokkenfrei wurde und bei dem schwere Komplikationen die Hartnäckigkeit der Erkrankung ohne weiteres erklären, die Gonokokken im Zeitraum von 2—11 Tagen. Unter 30 nur mit Choleval behandelten Fällen verschwanden bei 20 die Gonokokken nach 2—4 Tagen, in den übrigen Fällen nach 5—15 Tagen, und nur in 3 Fällen waren die Gonokokken noch länger nachzuweisen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer dieser Fälle beträgt 15 Tage. Von der Anwendung von Adstringentien wurde ganz abgesehen.
G. Gunsett-Straßburg.

Das neue Injektionsmittel zur Blennorrhoebehandlung, Choleval, in fester, haltbarer (Pulver- und Tabletten-) Form, von L. DUFAUX-Berlin. (B. kl. W., 1916, Nr. 44.) Bei der bakteriologischen Untersuchung des festen Cholevals hat sich Verf.

Digitized by Google

ergeben, daß es sowohl gegenüber Staphylokokken wie gegenüber vollvirulente Gonokokken enthaltendem Trippereiter in seiner antibakteriellen Wirksamkeit dem Argentum proteinicum und anderen Silberpräparaten beträchtlich überlegen war. Verf. läßt dreimal täglich $^1/_4$ %ige Lösung injizieren, von am Tage je 5, abends 10 Minuten Dauer, nach 2 Tagen viermal und die Dauer am Tage auf 10, abends 15 Minuten verlängern. Bleiben Komplikationen aus, wird allmählich aufsteigend zu $^1/_2$ %iger Lösung übergegangen. Bei Erkrankung der hinteren Harnröhre oder der Adnexe Janetsche Irrigationen 1 : 5000—500, Didaysche Injektionen 0,1—1,0 : 500,0 oder Guyon-Ulzmannsche Instillationen $^1/_4$—2%iger Cholevallösung, mit oder ohne vorausgeschickter Expression der Prostata. Wenn nach Verschwinden der Gonokokken ein vorwiegend schleimig-epithelialer Tropfen restiert, ersetzt Verf. das Choleval nach und nach durch ein Adstringens oder Antiseptiko-Adstringens, neben letzterem oder allein bei Sekundärinfektion durch nicht nosogene Mikroben ein stärkeres Antimykotikum. Verf. will mit auf diese Weise so vorzügliche Resultate erzielt haben, daß er das Choleval für das zurzeit am schnellsten und zuverlässigsten wirkende Heilmittel der Urethralblennorrhoe des Mannes hält. E. Klemm-Leipzig.

Choleval und Argaldon bei der akuten Blennorrhoe, von Schindler. (D. m. W., 1917, Nr. 6.) Sch. hat 128 möglichst gleichartige Blennorrhoefälle mit Protargol, mit Choleval (E. Merck, Darmstadt) und mit Argaldon (O. Vester, Hanau a. M.) behandelt. Er konnte keine erheblichen Unterschiede in der Wirksamkeit feststellen. Nur eignet sich das Choleval besser zur Nachbehandlung der Blennorrhoe, da es die Epithelialisierung der erkrankten Schleimhaut zu früh anregt; unter dem Epithel aber bleiben die Gonokokken der Wirkung des Cholevals entzogen. Bei der akuten Urethritis posterior wirken alle drei Mittel gut; sie reizen in $^1/_2$—1%igen Lösungen gar nicht.

E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Krieg, Ehe und Geschlechtskrankheiten, von Vogel-Breslau. (M. m. W., 1917, Nr. 40.) Die von Chotzen für die Breslauer Garnison festgestellte Erkrankungsziffer von 3‰ bedeutet eine nur unwesentliche Steigerung gegenüber den Friedenszahlen. Die Zahl der Verheirateten ist erschreckend groß, sie beträgt ein Drittel der Geschlechtskranken. Das Verhältnis von Syphilis zur Blennorrhoe, früher 1 : 3, beträgt jetzt 1 : 2; eine Zunahme der syphilitischen Erkrankungen im Verhältnis zur Blennorrhoe hatte übrigens schon im Frieden eingesetzt. Jede Erweiterung der Bekämpfungsmethoden, wie die Einrichtung von Beratungsstellen, verdient weitgehendste Unterstützung.

A. Witte-Bremen.

Verschiedenes.

Hofrat Prof. Ernest Finger in Wien wurde zum Präsidenten des auf Anregung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums neu begründeten Sozialhygienischen Ausschusses gewählt.

Prof. Ernest Gaucher, der Nachfolger Alfred Fourniers, im Lehramte und als leitender Arzt am Hôpital Saint-Louis, ist 64 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. April 1918 | Nr. 16 | Band 66

Aus dem Vereinslazarett der Stadt Berlin, Krankenhaus am Südufer
(Dirig. Arzt: Prof. A. Buschke).

Sycosis parasitaria durch ein neues Mikrosporon vom Tiertyp (M. xanthodes).

Von

Dr. W. Fischer, Assistenzarzt der Hautabteilung.

(Mit 3 Abbildungen.)

In seinem bekannten Handbuch der Hautpilze führt Sabouraud 1910 11 Arten von Mikrosporonpilzen auf und zwar 4 vom humanen Typ (M. Audouini, velveticum, umbonatum, tardum) und 7 vom Tiertyp (M. canis oder lanosum, felineum, equinum, fulvum, villosum, pubescens und tomentosum). Von den letzteren sind die ersten 3 Vertreter bei Hund, Katze und Pferd nachgewiesen worden; die 4 anderen werden auf Grund bestimmter für den Tiertyp charakteristischer kultureller Eigenschaften diesem zugezählt, ohne daß bisher ein direkter klinischer Nachweis ihrer Beziehungen zwischen Tier und Mensch gelungen wäre. Übrigens handelt es sich bei ihnen nur um ganz vereinzelte Beobachtungen an mikrosporiekranken Menschen. Häufigere direkte Übertragungen von Tier zu Mensch sind bisher nur vom M. lanosum, felineum und equinum bekannt geworden. Seitdem sind 2 neue Vertreter der Mikrosporiegruppe beschrieben, Pasini berichtete 1911 im Giornale italiano delle mal. ven. e della pelle über ein Microsporon iris und Guéguen in Archives de Parasitologie, Bd. 14, H. 3, über das Microsporon depauperatum.

Die deutsche Literatur über die Mikrosporie ist entsprechend ihrer geringen Verbreitung in Deutschland sehr spärlich. Schon 1898 hatte Rille [1]) einen vereinzelten Fall in Innsbruck beobachtet. Eine eigentliche epidemische Verbreitung der Kopfmikrosporie der Kinder, wie sie in Paris und London seit alters her herrscht, kennen wir nur in Hamburg. Seit 1908 findet man gelegentliche Mitteilungen über eingeschleppte Fälle, die zu kleineren oder größeren, meist verhältnismäßig leicht zu bekämpfenden Epidemien führten. Erwähnt seien hier die durch Einschleppung aus dem Elsaß entstandene Epidemie in Braunschweig [2]) aus

[1]) Rille, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Jena 1902, S. 148. — [2]) Sternthal, Arch. f. Derm., Bd. 113.

Digitized by Google

den Jahren 1900—1905, die Berlin-Schöneberger Epidemie[1]) und die von Bloch[2]) aus Basel beschriebene; beide fielen in das Jahr 1908. Weitere Berichte finden wir 1911 von Stein und 1912 von Riche über Mikrosporieerkrankungen in Wien[3]) und 1913 von Schertlin[4]) über eine Epidemie in Württemberg. Stets handelte es sich dabei als Erreger um den banalsten Vertreter des menschlichen Typs, das M. Audouini.

Vom Tiertyp wurden nur ganz sporadische Fälle kultiviert, so 1914 von Nobl[5]) in Wien, der über eine generalisierte, stark entzündlich-exsudative Körpermikrosporie durch Infektion vom Hunde durch das M. lanosum berichtet, und von Kaufmann-Wolf[6]), die einen Fall in Berlin sah.

Die Hamburger Mikrosporie wird nach Plaut durch die echte, sehr seltene Audouinische Form und einen sehr häufigen, zwischen dem M. Audouini und lanosum stehenden Typ bedingt. Lewandowski lehnt diese zweite Varietät ab und steht auf dem Standpunkt, daß stets nur ein echtes M. Audouini für die Hamburger Erkrankungen in Betracht kommt.

Nach den vorliegenden, fast ausschließlich ausländischen Literaturberichten verursachen die tierischen Mikrosporien meist ähnliche Hautaffektionen wie das M. Audouini, öfter ist die entzündliche Reizung eine etwas stärkere, doch werden erhebliche Grade von Entzündung, insbesondere Kerionbildung, verhältnismäßig selten angegeben. Die Arbeiten von Plaut[7]) und Lewandowski[8]) aus den letzten Jahren haben insofern neue klinische Gesichtspunkte gebracht, als aus ihnen hervorgeht, daß die Sabouraudsche Annahme, nach der das M. Audouini nie stärker entzündliche und zur Pustulation führende Prozesse auslöst, nicht zu Recht besteht. Ebenso wie mehrere englische Autoren beschreiben beide typische Kerionbildungen bei Kopfmikrosporien, welche durch diesen Erreger bedingt waren. Auch Kaufmann-Wolf[9]) erwähnt eine tiefe Barttrichophytie durch den Hamburger Typ.

---

[1]) 1908 Chajes, M. Kl., Nr. 23 und B. kl. W., Nr. 32; Glaser, B. kl. W., Nr. 21 u. 23. 1909 Huber, M. Kl., S. 762 und Blitz, Inaug.-Diss., Berlin. 1910 Huber. M. Kl., S. 665. — [2]) Bloch, Arch. f. Derm., Bd. 93. — [3]) Stein, W. kl. W., 1911, Nr. 9. Riche, W. m. W., 1912, Nr. 23. — [4]) Schertlin, Med. Korrespondenzbl. des Württembergischen ärztl. Landesvereins, Nr. 35. — [5]) Nobl, Generalisierte animale Mikrosporie beim Menschen. Derm. W., Bd. 58. — [6]) Kaufmann-Wolf, Arch. f. Derm., Bd. 121. — [7]) H. C. Plaut, Kerion Celsi bei Mikrosporie. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Eppendorfer Krankenhauses, 1914. L. Voß, Leipzig. — [8]) F. Lewandowski, Über Kerion Celsi, verursacht durch M. Audouini . . . Arch. f. Derm., Bd. 121. — [9]) Kaufmann-Wolf, Über die Bestimmung pathogener Hyphomyzeten unter Berücksichtigung der Berliner Pilzflora. Arch. f. Derm., Bd. 121. Siehe auch die Inaug.-Diss. von Hueges-Straßburg und von Nagel-Heidelberg aus dem Jahre 1915.

Digitized by Google

Vertreter des Tiertyps sind in Deutschland außer dem M. lanosum nicht beschrieben worden; auch ich habe, seitdem ich Dermatomykosen kultiviere, unter Hunderten von Fällen keine gefunden. Nur einmal konnte ich aus einer tiefen, trichophytischen Affektion einen der Gruppe der Mikrosporen zugehörigen Pilz züchten, über dessen kulturelle und biologische Eigenschaften ich hier berichten möchte, da er bisher noch nicht bekannt zu sein scheint.

Der Fall betraf einen Artilleristen, welcher in Zossen bei Berlin in Garnison stand. Sein Leiden war angeblich 14 Tage vor der Lazarettaufnahme entstanden und wurde von ihm auf einen Schnitt beim Rasieren zurückgeführt. Einige Tage später hatte sich an der Schnittstelle ein roter Fleck entwickelt, der bald in eine abszeßähnliche Geschwulst übergegangen war. Bei der Aufnahme bestand an der linken Halsseite ein etwa pflaumengroßes, tiefgreifendes, vereitertes Infiltrat, welches auf Druck aus mehreren follikulären Öffnungen dünnflüssiges Sekret entleerte. Im ganzen machte die Affektion klinisch einen furunkelähnlichen Eindruck. Im Bereiche der Verhärtung waren die Haare größtenteils ausgefallen, die noch vorhandenen folgten leicht dem Zug der Pinzette. Einzelne abgebrochene Haare erwiesen sich von einem dichten mikroiden Sporenmantel umgeben. Sonstige flache Herde in der Umgebung fehlten. Die Behandlung bestand in Epilation, feuchten und Karbolölumschlägen und Röntgenbestrahlung. Nach anfänglichem Rückgang der Infiltration entwickelte sich später noch eine tiefere Abszeßbildung, die mit dem Paquelin eröffnet wurde. Zur vollständigen Rückbildung und Heilung waren fast zwei Monate nötig.

Der in mehreren, nicht sehr zahlreichen Haaren nachgewiesene Pilz schien wegen der Kleinheit seiner extrapilären Sporen zur Gruppe der mikroiden Trichophytien zu gehören. Das Kulturergebnis bestätigte aber diese Annahme nicht.

Auf Maltose-Pepton-Agar ausgesätes Material keimte bereits am vierten Tage zu einer schnell wachsenden, hellgelblichen, sandfarbenen, flachen Kultur aus, deren Oberfläche stumpf und leicht granuliert erschien. Bei weiterem Wachstum auf Petrischalen trat bald eine radiäre Strahlenbildung ein, die über den Rand der Kultur hinausging. Infolge einer starken Brüchigkeit der Sporen entwickelten sich oft spontan Nebenkulturen (siehe Abbildung I). In drei Wochen erreichte die Kultur einen Umfang von etwa 8 cm, zeigte also eine außerordentlich erhebliche Wachstumsenergie. Die absolut vorherrschende Sporenform, die sich in unzähliger Menge entwickelte, bestand in endständigen Spindelkammern, den sogenannten Fuseaux multiloculaires Sabourauds. Pleomorphie trat im Zentrum bei einzelnen Kulturen bereits am Ende der zweiten Woche auf. Auf reinem Peptonagar erfolgte ebenfalls schnelles Wachtum, hier waren die Myzelien etwas länger, woraus ein mehr weißlichgelber Farbenton resultierte; Strahlenbildung fehlte, die Kulturen wuchsen hier rein flächenhaft zu Kreisen aus. Auf Kartoffeln angelegte Kulturen wuchsen in gleicher Üppigkeit

Digitized by Google

mit stumpfer, weißlicher Oberfläche, die am Rande von einer gelblichen, flacheren sporulierenden Zone umgeben war.

Die pleomorphe Form war von schneeweißer Farbe, wuchs ebenfalls äußerst schnell, so daß die Kultur in drei Wochen einen Durchmesser von $8\,^1/_2$ cm erreichte. Meist erschien sie als kreisrunde Scheibe, manchmal war ihr Rand etwas gewellt. Auf mehreren Platten traten ein oder zwei ringförmig-konzentrische, leichte Einsenkungen auf, die eine ganz leicht angedeutete gelbliche Färbung zeigten. Diese rührte von einer in diesen Zonen noch vorhandenen, beschränkten Sporenbildung (endständige vielkammerige Spindeln) her. Im übrigen war das pleomorphe Myzel steril (siehe Abbildung II).

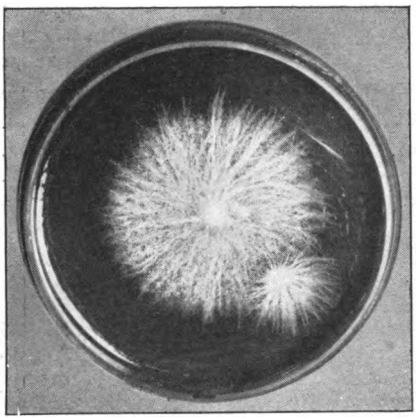


Fig. I.

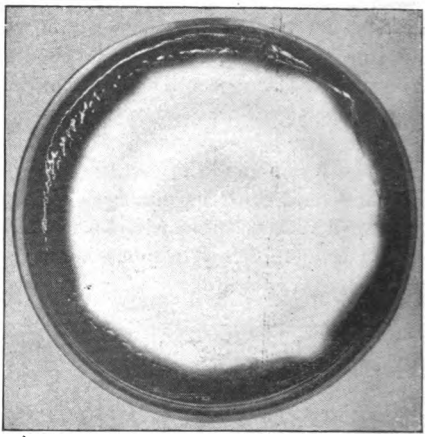


Fig. II.

Die Abbildungen der Kulturen sind nach Photogrammen reproduziert. Abb. I stellt eine 16 Tage alte Kultur mit einer kleineren, spontan entstandenen Nebenkultur auf Maltose-Pepton-Agar dar, Abb. II eine 3 Wochen alte pleomorphe Kultur. Nähere Angaben finden sich im Text.

Bemerkenswert ist schließlich die lange Lebensdauer des Pilzes auch auf bereits stark ausgetrockneten Nährböden; es gelang, selbst aus 4—5 Monate alten Röhrchen noch neue Kulturen anzulegen. Bei der Neigung derselben zur Pleomorphie war es allerdings nicht möglich, seine ganz reine Form dauernd zu erhalten. Durch die notwendigen häufigen Überimpfungen verwischte sich seine Eigenart allmählich insofern etwas, als die radiäre Streifenbildung nicht mehr so deutlich in Erscheinung trat und der Farbenton bei jungen Kulturen weißlicher wurde. Durch eine stärkere Myzelbildung wurden die in den tieferen Schichten sich entwickelnden gelben Sporen wie durch einen Schleier leicht verdeckt. Bei längerem Bestande trat dann die gelbliche Färbung wieder deutlicher hervor.

Digitized by Google

Zur genaueren Feststellung, welcher Gruppe der vorliegende Trichophyt angehörte, legte ich ferner Kulturen im hängenden Tropfen zum genaueren Studium der Sporulationsvorgänge an [1]). Aus dem übertragenen Sporenmaterial keimten bereits nach einem Tage feine Myzelfäden aus (siehe

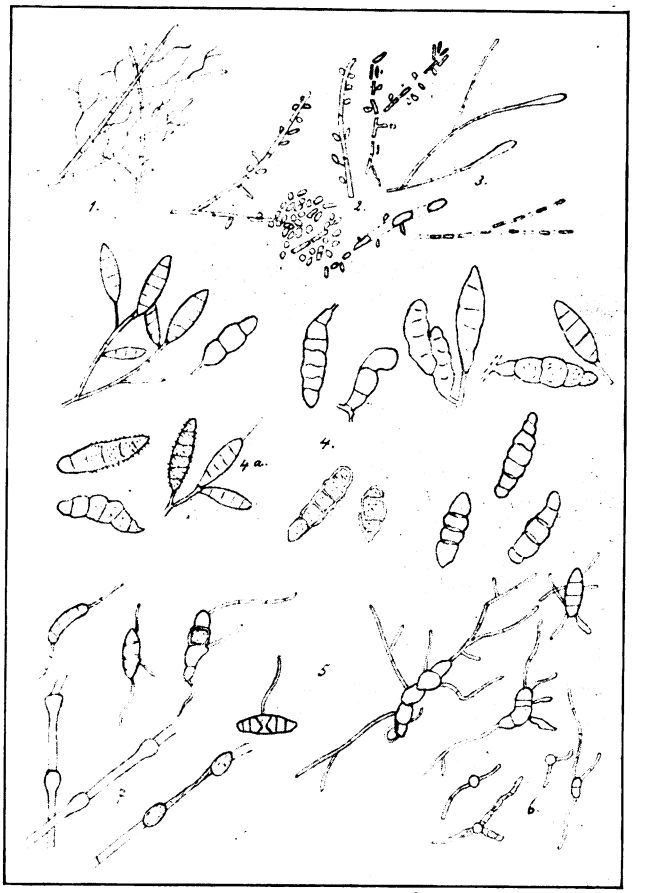


Fig. III.
Fruktifikationsformen des neuen Mikrosporon.
(Vergrößerung: starkes Trockensystem.)

Abbildung III, Nr. 5 u. 6). Bei den vielkammerigen Spindeln kann aus jeder einzelnen Kammer ein Myzelfaden herauswachsen, meist bleiben

[1]) Um die Wachstumsvorgänge dauernd mikroskopisch beobachten zu können, empfehle ich als obere Platte, auf welcher der Bouillontropfen angebracht wird, statt des dicken Objektträgers ein größeres Deckgläschen zu benutzen; man kann dann bequem auch mit stärkeren Vergrößerungssystemen intra vitam die Kultur kontrollieren.

Digitized by Google

allerdings einzelne Kammern steril; in seltenen Fällen keimen auch zwei Myzelfäden aus einer einzigen hervor. Bei den einkammerigen Ektosporen sieht man letzteres viel häufiger. Nr. 1 der Abbildung III veranschaulicht die Form des jungen Myzels, das geradlinig auswächst und von dem sich sehr zarte, geschlängelte Fäden abzweigen. Bereits am vierten Tage fangen die Enden von Myzelfäden an, kolbig anzuschwellen (Nr. 3 der Abbildung III), und nun kommt es rasch zur Ausbildung einer unzähligen Menge von endständigen Spindelsporen, die in solchen Massen entwickelt werden, daß sie bald jede andere Einzelheit der Kultur verdecken. Stellenweise sitzen sie büschelförmig an den Enden des Myzels. In Nr. 4 der Abbildung III sind ihre verschiedenen älteren und jüngeren Formen dargestellt, sie sind im allgemeinen 4—8kammerig; im weiteren Verlaufe treten in ihrem Inneren Granulationen des Protoplasmas auf, die Kapselschalen verdicken sich und werden deutlich doppelt konturiert sichtbar. Später findet man eine mehr oder weniger große Menge von ihnen dicht gekörnt, es handelt sich um kleinste an ihrer Oberfläche aufsitzende Granula. Sabouraud will diese Austritte von Protoplasma durch die Kapsel, die bereits von anderen Mikrosporonarten her bekannt sind, für durch die Fixierung bedingte Kunstprodukte erklären; ich möchte demgegenüber darauf hinweisen, daß man ihr Auftreten und ihre allmähliche Ausbreitung über die einzelne Spore auch in noch lebenden, ungestörten Kulturen beobachten kann, so daß es sich um einen vitalen Vorgang handeln muß. Neben diesem präponderierenden Sporentyp bilden die Myzelien seitliche Ektosporen (Gonidien) oder zerfallen in Sporenhaufen und Sporenketten durch Zusammenziehung des Protoplasmas in den Myzelien selbst (Nr. 2 der Abbildung III). Verhältnismäßig spärlich fanden sich Myzelien, deren Einzelglieder am Ende kolbig angeschwollen waren (sog. Raquetteform), aus ihnen gingen dann interkaläre Chlamydosporen hervor (Nr. 7 der Abbildung III). Andere Fruktifikationsvorgänge, wie die Organes pectinés und nodulaires habe ich in meinen Kulturen nicht gefunden.

Die pleomorphe Form des vorliegenden Pilzes wuchs in vollkommen sterilen geraden Myzelien mit nur ganz vereinzelten Spindelsporen; dies entspricht dem oben erwähnten Befunde auf der Plattenkultur.

Für Meerschweinchen ist der Pilz sehr virulent; vier Tage nach der Impfung entwickelt sich eine stark entzündliche Exsudation mit Borken- und Pustelbildung, Ablauf und Spontanheilung erfolgt in etwa drei Wochen.

Hatte schon die Eigenart der Kultur mit ihrem rapiden flächenhaften Wachstum und der massenhaften Ausbildung endständiger Spindelsporen mit größter Wahrscheinlichkeit vermuten lassen, daß der Pilz zu den Mikrosporen vom Tiertyp gehörte, so ließ sich dies durch die genaueren Untersuchungen seiner biologischen Eigenschaften mit Sicher-

Digitized by Google

heit feststellen. Es finden sich bei ihm alle die Hauptformen wieder, die wir bei den bekannten Vertretern dieser Gruppe zu sehen gewohnt sind. Für die Infektion des vorliegenden Falles vom Tier, wahrscheinlich vom Pferd aus, spricht überdies, daß er den Angehörigen eines Artillerieregimentes betraf. Ob es sich um einen schon früher in Deutschland heimischen oder durch den Krieg eingeschleppten Pilz handelt, läßt sich nicht entscheiden. Die Kultur weicht von denen der bisher bekannten tierischen Mikrosporen erheblich und eindeutig ab und ist durchaus charakteristisch. Das von Uriburu 1907 beschriebene, im Sabouraudschen Handbuch abgebildete, bis jetzt erst einmal bei einer kindlichen, klinisch reizlos verlaufenden Kopftrichophytie in Buenos-Aires beobachtete Microsporon fulvum scheint von mehr rötlichgelber Farbe zu sein, im übrigen ist es durch die ihm eigene Kulturform mit seinen konzentrischen Kreisen und dem randständigen weißen, wolligen Saum genügend von dem von mir gefundenen Pilz abgegrenzt; auch die bei ihm vorhandenen knotenförmigen Organe fehlten hier. Zur Namengebung möchte ich die sandgelbe Farbe der Kultur benutzen und schlage die Bezeichnung: Microsporon xanthodes (ξανθος = gelb) vor.

Kurz zusammengefaßt handelte es sich um eine unter dem klinischen Bilde der Sykosis auftretende mykotische Affektion im Bereiche des Bartes, die vielleicht durch Infektion vom Pferde bedingt war. Aus den infizierten Haaren wuchs eine sehr üppige, sandgelbe, stumpfflächenhafte Kultur mit radiär angeordneter Strahlenbildung. Die Fruktifikationsvorgänge, speziell die Entwicklung massenhafter endständiger Spindelsporen, weisen den Pilz in die Gruppe der tierischen Mikrosporen. Da derselbe bisher nicht beschrieben ist, nennen wir ihn Microsporon xanthodes.

Digitized by Google

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

III.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beim Heere.

Wir hatten im vorigen Abschnitt bereits darauf hingewiesen, daß trotz aller Aufklärungsarbeit, trotz weitester Ausbildung der allgemeinen und persönlichen Prophylaxe mit der Übertragung von Geschlechtskrankheiten auf das Heer gerechnet werden muß. In Erinnerung der Tatsache, daß frühere Kriege stets ein Anwachsen der Geschlechtskrankheiten mit sich gebracht hatten, worüber Haberling (14) eingehend berichtet, war man auch in diesem Kriege sehr bald geneigt, ein gleiches anzunehmen, scheint jedoch dabei vielfach falschen Beobachtungen und Schlüssen in einer gewissen Voreingenommenheit zum Opfer gefallen zu sein. An und für sich wäre eine Zunahme der Infektionen nichts wunderbares, zumal in der ersten Zeit des Krieges, in der so viele jüngere Leute aus der bisherigen Umgebung und ihrem Berufe herausgerissen wurden, in der die Wogen der Begeisterung hoch gingen und neben Bachus und Gambrinus sicher auch Venus ein gut Teil Opfer entgegennehmen konnte. Finger (8) weist auf die begreifliche Neigung hin den Tag, der vielleicht der letzte sein kann, zu genießen, und auf die durch die stellenweise großen Ansammlungen von Weibern erleichterte Gelegenheit zu dem auch von Lipschütz (16) hervorgehobenen sexuellen sich Ausleben. Um so erfreulicher ist die Mitteilung Kaufmanns (15), daß die Prozentzahl der Geschlechtskrankheiten im Deutschen Heere, das im Jahre 1912/1913 mit 21,2 ‰ am günstigsten von allen Staaten dastand, sich im ersten Kriegsjahre beim Heimatsheere nur auf 29,2 ‰ gehoben hatte, während sie beim Feldheer auf 14,4 ‰ herabgegangen war, an welchem günstigen Erfolge Güth (13) der Sittenpolizei einen großen Anteil beimißt. Einen guten Gesundheitszustand sah Beron (4) auch bei der bulgarischen Armee, den er durch die moralischen Qualitäten besonders der Bauern erklärt, und bei der 2. k. k. Armee fand Moldovan (18) innerhalb des ersten Jahres 4 % des Gesamtstandes infiziert, davon 5 % an der Front, 20 % in der Etappe, 75 % außerhalb

Digitized by Google

des Armeebereiches. Wenn auch im weiteren Verlaufe des Krieges eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten stattgefunden haben mag, wozu neben der längeren Abwesenheit Verheirateter von Hause [Lipschütz (16)] vornehmlich die Entwicklung des Stellungskampfes beitrug [v. Veress (23)], bei dem ein großer Teil der Mannschaften den seelischen Erregungen und strengen Anforderungen des Kampfes in der vordersten Linie entzogen ist, so kann die Grundlosigkeit der im Anfang gehegten Befürchtungen, was das relative Ansteigen der Geschlechtskrankheiten beim Heere anbetrifft, als erwiesen angenommen werden, zumal wenn wir hören, daß unter den als dienstuntauglich aus dem deutschen Heeresverbande Entlassenen nur etwas mehr als 1% geschlechtskrank waren [Parlamentsberichte (19)].

Außerdem ist bei der angeblichen Verseuchung des Heeres in Betracht zu ziehen, daß, wie Scholtz (21) und Stern (22) hervorheben, viele Erkrankungen schon beim Eintritt in das Heer bestanden, zahlreiche andere stellen keine frischen Infektionen sondern Rückfälle früherer [Vogel (24)] sowie unausgeheilte alte Erkrankungen dar, die teils bei den genauen Untersuchungen festgestellt, teils von den Betreffenden aus leicht ersichtlichen Gründen angegeben wurden. Daran ändert der Umstand nichts, daß nach Berons (4) Erfahrungen bei dem bulgarischen Militär die Neigung besteht, um sich dem Nachdienen zu entziehen, die Infektion vor die Mobilmachung zu verlegen, wobei ihnen die Schwierigkeit der Feststellung zu statten kommt. Bendig (2) bezeichnet jedenfalls die meisten Lazarettfälle als alter Natur, Wolff (25) fand im Reservelazarett Stettin von 544 Geschlechtskranken 39% vor der Einberufung, 61% als Heeresangehörige, und Merz (17) in der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn von 189 Syphilitikern 82 dienstlich (d. h. während des aktiven Dienstes), 107 außerdienstlich (d. h. vor dem Krieg oder zwischen zwei Diensten), von 422 Gonorrhoikern 357 dienstlich, 365 außerdienstlich infiziert, die letztere Trennung sei jedoch schwieriger als bei Syphilis.

Aus den oben angeführten Zahlen Kaufmanns (15) ergab sich ein beträchtlicher Unterschied der Verhältniszahlen der Erkrankungen beim Heimatsheer und Feldheer, bei dem noch eine weitere Differenzierung eintritt, je nachdem sich der Truppenteil im Kampfgebiet oder in der Etappe befindet. So fand Gennerich (12) die Zunahme der Geschlechtskrankheiten, die er im ganzen für sicher hält, besonders bei stehenden Quartieren; Bruck (7) konnte eine solche während des Aufenthaltes seiner Kriegslazarettabteilung in einer Stadt von 80000 Einwohnern direkt beobachten, während nach Galewsky (10) die Erkrankungen an der Front selbst auffallend gering sind. In Übereinstimmung mit den

Digitized by Google

schon vorher angeführten Zahlen Moldovans (18), wonach 5% der Infektionen auf die Front, 20% auf die Etappe entfielen, 75% außerhalb des Armeebezirkes zustande kamen, stammten bei Pick (20) 11,6% aus dem Felde, 45,6% aus der Etappe, 42,8% aus der Heimat, bei Stern (22) 25% aus dem Felde, 75% aus der Heimat; v. Veress (23) stellte in Ostgalizien $^1/_3$ zu Haus, $^2/_3$ im Operations- und Etappengebiet Infizierte fest. Vogel (14) macht mit Recht darauf aufmerksam, daß die Lage des Lazarettes hierbei in Betracht gezogen werden muß; so fanden sich in seinem dicht hinter der Westfront gelegenen Lazarett 58% im Felde, 26% in der Heimat infiziert neben 16% Rückfällen. Merz (17), der bei der Schweizer Armee eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten für unzweifelhaft hält, will die Beobachtung gemacht haben, daß für die Infektion mit Syphilis mehr größere Orte, für Gonorrhoe häufiger auch kleine und kleinste Orte in Betracht kommen.

Aus Frankreich berichtet Audry (1), daß er im Militärhospitale Toulouse vom 1. März 1911/1913 31 Syphilitiker, in der entsprechenden Zeit 1915/1917 851 hatte, wovon jedoch die Asiaten und Afrikaner, sowie die mobilisierten Arbeiter abgehen, so daß 497 verbleiben. Diese Zunahme ist jedoch mit Rücksicht auf den bedeutend vermehrten Mannschaftsbestand des Heeres nur eine absolute, keine relative, und die Vermehrung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg keinesfalls beträchtlich. Gaucher und Bizard (11) stellten von August 1914 bis August 1916 eine Zunahme der Syphilitiker von 1 : 10 auf 1 : 6, später auf 1 : 4 fest.

Über das Verhältnis der verschiedenen Geschlechtskrankheiten zueinander gibt Pick (20) an, daß es mit 5 : 3 : 2 (Gonorrhoe : Lues : Ulcus molle) dem des Friedens ziemlich gleich sei; außerdem finden wir noch folgende Angaben:

	Syphilis	Gonorrhoe	Ulcus molle
Brinitzer (6)	22%	71%	7%
Beretvas (3) (716 Fälle)	23%	41% davon 12% Epididymitis	36% davon 12% Bubo
Vogel (24)	29%	69%	2%

Wenn nach den angeführten Berichten die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere nicht als bedenklich angesehen zu werden brauchte, so verdient doch ein Punkt für die Verhältnisse des Heimatsgebietes und die Zeit nach dem Kriege ernsteste Beachtung. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß sich unter den Erkrankten ein gegen die Friedensverhältnisse wesentlich erhöhter Prozentsatz verheirateter und älterer Leute befindet. Auf die ersteren entfallen bei Pick (20)

Digitized by Google

23,8%, Brinitzer (6) 29%, Finger (9) und Scholtz (21) 33⅓%, Vogel (24) 35%, Blumenfeld (5) 41%, Galewsky (10) unter den Syphilitikern seines Lazarettes 40—50%, unter den Gonorrhoikern 30 bis 40%. Allerdings scheinen in dieser Beziehung schon im Frieden große Unterschiede bestanden zu haben, da in diesem die Zahl der Verheirateten nach Vogel (24) in Breslau 33,6% betrug, denen er nach Fingers Angabe 10,1% in Wien gegenüberstellt.

Blumenfeld (5) fand in einem Reservespital die älteren Jahrgänge verhältnismäßig stärker als sonst vertreten, Brinitzer (6) im Alter von

20—30	Jahren	72,6%
30—35	„	16,0%
36—40	„	8,8%
40—45	„	2,0%.

Auf den veränderten Anteil der einzelnen Jahresklassen werden wir bei der Betrachtung der Verhältnisse im Heimatsgebiet noch zu sprechen kommen; er steht naturgemäß zu der Steigerung des Anteils der Verheirateten in Beziehung, und es liegt darin eine große Gefahr für die in der Heimat zurückgebliebenen Familien.

Literatur.

1. Audry, De la Diffusion de la Syphilis dans la région Toulousaine pendant deux années de guerre. Ann. de Derm. et de syph., 1917, Bd. 4, Nr. 8. — 2. Bendig, Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Krieg, mit Berücksichtigung des Württembergischen XIII. Armeekorps. Württ. med. Korr., 1915, Nr. 19. — 3. Beretvás, Beiträge zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 4. Beron, R., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. Derm. W., 1916, Bd. 62, Nr. 31 u. 32. — 5. Blumenfeld, A., Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Der Militärarzt, 1916, Nr. 13. — 6. Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern. M. Kl., 1915, Nr. 17. — 7. Bruck, C., Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 4, Feldbeil. — 8. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 9. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 10. Galewsky, Über die Behandlung geschlechtskranker Soldaten in den Reservelazaretten und die spätere Fürsorge für dieselben. Fortschr. d. Med., 1915/16, Nr. 34. — 11. Gaucher und Bizard, Syphilis nach zwei Kriegsjahren, Ann. des mal. vénér., Januar 1917. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 21.) — 12. Gennerich, Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 16. — 13. Güth, Prostitutionspolitik nach dem Kriege. Öffentl. Gesundheitspfl., 1916, Bd. 1, S. 257. — 14. Haberling, W., Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1914, Bd. 15. — 15. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung, Berlin 1916. — Lipschütz, Dermatologische Beobachtungen während des Krieges. III. Der Einfluß des Krieges auf das Auftreten von Haut- und Geschlechtskrankheiten. W. kl. W., 1917, Nr. 26. — 17. Merz, H., Die dermatologisch-venerologische Abteilung der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn. Schweiz.

Digitized by Google

Korr. Bl., 1917, Nr. 4. — 18. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung bei der k. k. 2. Armee, Lemberg, Febr. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 19. Parlamentsverhandlungen: Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik. (Elster, A., Chronik der sozialen Hygiene. Öff. Gesundheitspfl., 1917, Bd. II, H. 9.) — 20. Pick, W., Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1915, Nr. 41. — 21. Scholtz, W., Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 25. — 22. Stern, C., Die Behandlung geschlechtskranker Soldaten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 16. — 23. v. Veress, Fr., Die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 24. Vogel, Krieg, Ehe und Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1917, Nr. 40. — 25. Wolff, Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere und ihre Verhütung. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1915, Bd. 13, Nr. 1. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Behandlung der Blennorrhoe des Mannes mit Choleval, von Fritz M. Meyer-Berlin. (M. Kl., 1917, Nr. 3.) Das Krankenmaterial des Verf. im Lazarett hat den Vorzug, daß die Patienten gut überwacht und kontrolliert sind, und ihnen alle Schädlichkeiten ferngehalten werden, und den Nachteil, daß vor Beginn einer rationellen Behandlungsweise einige Tage, bisweilen Wochen vergehen. Bei den akuten, unkomplizierten Fällen fand der Verf. bei täglich dreimaligem Spritzen mit einer $^1/_4$—1%igen Cholevallösung eine Heilungsdauer von 1 Tage bis 5 Monate; besonders auffallend sind die häufigen Rückfälle, die wohl darauf zurückzuführen sind, daß das Choleval adstringierende Eigenschaften hat, welche ein sehr schnelles Aufhören des Sekretes veranlassen und dadurch zum zu frühen Aussetzen der Therapie verleiten. Ferner hat das Choleval zytolytische Eigenschaften, welche einen sehr schnellen Zerfall der Eiterkörperchen hervorrufen und das mikroskopische Bild des Sekretes ungewöhnlich schnell ändern. Unangenehme Nebenwirkungen hat Verf. auch bei Konzentrationen bis 1% kaum beobachtet (bei 3% leichtes Brennen); nur in einem Falle ein schweres Cholevalexanthem. Die Ergebnisse seiner Beobachtungen faßt der Verf. zusammen: Das Choleval hat bakterizide, zytolytische, adstringierende Eigenschaften; es ist den übrigen Silbersalzen nicht überlegen; aber bei den oft langwierigen Blennorrhoen ist es wie jedes neue, brauchbare Mittel freudig zu begrüßen, um die Therapie wechseln zu können. O. Lasch-Breslau.

Die Cholevalbehandlung der Blennorrhoe, von Kall. (D. m. W., 1917, Nr. 40.) An einem Material von 200 Kranken kam K. zu dem Ergebnis, daß das Choleval ein wenig reizendes, aber auch nicht stark bakterizides Silberpräparat ist. Infolge der starken adstringierenden Wirkung und der geringen Reizbarkeit eignet sich das Choleval ganz besonders zur Nachbehandlung der Blennorrhoe. Bei der chronischen Blennorrhoe erzielte K. mit diesem Präparat bessere Resultate als bei der akuten Blennorrhoe. Ein großer Anteil an diesen guten Resultaten muß allerdings auch der bei der chronischen Blennorrhoe angewandten Heizsonde zugeschrieben werden. Infolge seiner geringen Reizbarkeit ist das Choleval bei Posteriorerkrankungen, selbst bei den schwersten Formen, das Mittel der Wahl. E. Brinitzer-Altona.

Die kombinierte Behandlung der Blennorrhoe mit Heißbädern und verdünnter Dakinlösung, von Fr. Duncker. (M. m. W., 1917, Nr. 25.) Wegen der bedrohlichen Erscheinungen, die bei heißen Vollbädern auftraten (Scholtz, Weiss), behandelt Duncker mit Halbbädern, deren Temperatur durch allmähliches Zulassen von 60—70° warmem Wasser in 10 Minuten auf 45—46° C. gesteigert wird. Die Füße bleiben außerhalb des Wassers. So kann man selbst bis 48° gehen. Bei dieser Temperatur wird der Kranke 15 Minuten gehalten. Besonders gut waren die Resultate bei unkompliziertem akuten und subakuten Harnröhrentripper. Der Ausfluß hörte in vielen Fällen nach 2—3 Bädern, die in Abständen von 3—4 Tagen gegeben wurden, völlig

Digitized by Google

auf. Zur Unterstützung der Heißbadbehandlung wurden die Kranken morgens mit verdünnter Dakinlösung (Wasser und Dakinlösung zu gleichen Teilen), mittags und abends mit Protargol gespritzt. Alle Lösungen haben eine Temperatur von 40—42° C. Die durchschnittliche Behandlungsdauer wurde auf 21 Tage abgekürzt gegen 41 Tage bei der sonst üblichen Behandlung. A. Witte-Bremen.

Die Bewertung der Gonargintherapie und -diagnostik, von Götze-Kiel. (M. m. W., 1917, Nr. 5.) Das Gonargin wird intravenös in Dosen von 0,2—0,8 ccm in zweitägigen Abständen angewandt. Für die Vakzinetherapie scheidet die akute Blennorrhoe aus; bei Epididymitis und Blasenkatarrh sind die Erfolge gut. Von Arthritis blennorrhoica kamen nur drei Fälle zur Behandlung, so daß kein abschließendes Urteil möglich ist. Bei Prostatitis ist mit dem Gonargin allein kein nachhaltiger Erfolg zu erzielen, immerhin ist es ein wichtiges Unterstützungsmittel der übrigen Therapie. Die Fieberbewegungen nach den Injektionen geben nur geringen diagnostischen Anhalt. Als Provokationsmittel ist es unsicher, denn der negative Gonokokkenbefund nach Gonargininjektionen schließt spätere Rückfälle nicht aus. A. Witte-Bremen.

Die Bedeutung des Jods bei Blennorrhoea, von M. Abramowitz-Baltimore. (New York m. J., 26. August 1916.) Ausgehend von der unbestrittenen Tatsache, daß Jod in entsprechender Stärke Bakterien tötet, eine besondere Anziehung für spezifisch entzündetes Gewebe besitzt, die Resorption von Bindegewebe begünstigt und dessen Neubildung verhütet, kam A. auf die Idee, Jod, vorausgesetzt, daß es gelingt, es seiner heftig reizenden Eigenschaften zu berauben, bei Blennorrhoea anzuwenden. Zu diesem Zwecke erwies sich das kolloidale Jod — ein französisches Präparat —, das A. nun seit über einem Jahre mit stets verbesserter Technik und Erfolge anwandte, als sehr geeignet; jedoch ist dafür Sorge zu tragen, daß nur solche Präparate, die durch geeignete Dialyse von Elektrolyten frei und absolut beständig gemacht worden sind, zu verwenden sind. Die Technik der Anwendung ist in kurzem folgende: Nachdem Patient Urin gelassen hat und der vordere Teil der Harnröhre mit warmer Borlösung ausgespritzt worden ist, wird derselbe möglichst ausgedrückt (trocken gemacht) und dann 2—3 ccm elektrokolloidalen Jods mittels speziell konstruierter (Luftdruck-) Spritze injiziert; ein Watteschutzverband über das Glied gegeben. Die Einspritzung wird zweimal pro Tag wiederholt, die Gonokokken verschwanden nach 5—7 Tagen, völlige Heilung trat nach 10—12 Tagen ein. Im ganzen wurden 20 Fälle akuter Blennorrhoea der vorderen Harnröhre, 14 subakuter und 12 Fälle von chronischer Urethritis posterior, bei welchen 5—6 ccm kolloidalen Jods täglich einmal injiziert wurden, und fünf Fälle von blennorrhoischer Vaginitis und Endozervizitis, bei welchen Jodsuppositorien nach entsprechender Vorbereitung und mittels Tamponade eingeführt wurden, mit gutem Erfolge behandelt. M. Stern-München.

Behandlung der Blennorrhoe mit intramuskulären Succinimid-Quecksilberinjektionen, von Geo B. Lake. (M. Record, 17. April 1915.) Verf. gibt bei Tripper eine intramuskuläre Injektion von 0.065 Succinimidquecksilber, der eventuell in einigen Tagen eine zweite von 0,04 folgt. Die Gonokokken sollen in einigen Tagen verschwinden. R. Frühwald-Leipzig.

Meine Erfahrungen mit Styptol bei Erektionen, von Winderl-Berlin. (M. m. W., 1916, Nr. 50.) Zur Bekämpfung der Erektionen bei Blennorrhoe wendet W. seit fünf Jahren Styptol mit gutem Erfolg an. (Dreimal täglich eine Tablette, eventuell abends zwei Tabletten.) A. Witte-Bremen.

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Tierkohle, von M. Oppenheim und Max Schlifka. (W. m. W., 1916, Nr. 28.) Die starke desinfizierende Kraft der Tierkohle hat die Verff. auf den Gedanken gebracht, sie bei Blennorrhoe anzuwenden. Sie machen jeden zweiten Tag mit einer Spritze Spülungen mit einer Suspension 1 Merckscher Tierkohle auf 100 abgekochtes Wasser. Die Einspritzungen sind völlig reizlos; nach etwa 24 Stunden ist die gesamte Kohle aus dem Harn entfernt. Verff. kombinieren aber die Kohlespülungen mit der Anwendung von Adstringentien und anderen bisher üblichen therapeutischen Maßnahmen. Als spezielle Indikation betrachten sie Urethritis totalis und Urethrozystitis. Der Urin wird rasch geklärt, die Behandlungsdauer beträgt durchschnittlich 44 Tage. R. Frühwald-Leipzig.

Vergleichende Versuche mit verschiedenen Zinksalzen bei Blennorrhoe, von Friedrich Schaefer. (Ther. Mh., 1917, Nr. 9.) Verf. hat an allerdings nur acht Fällen das Zinksalz Zibosal geprüft und entgegen den Erfahrungen mit den sonstigen Zinksalzen eine gute Heilwirkung beobachtet, insofern als eine ganz bedeutende Verkürzung des

Digitized by Google

Heilprozesses und kein Rückfall eingetreten sein soll. Das Präparat (= borylsaures Zink) wird in $^1/_4$—$^1/_2$%iger Lösung angewandt. E. Klemm-Leipzig.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Untersuchungen über die Haarrichtung der Haussäugetiere, vorläufige Mitteilung, von Theodor Nieboda-Wien. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50.) Die Anordnung der Haarrichtungen in divergierende und konvergierende Ströme nach Eschricht und Voigt läßt sich auch an allen unseren Haustieren feststellen. Jede Spezies hat im allgemeinen charakteristische Haarrichtungen mit Rücksicht auf die Ausdehnung und Art des Zusammentreffens der einzelnen divergierenden Zentren. Individuen derselben Art weisen, abgesehen von den konstant vorkommenden Haarwirbeln, noch sehr mannigfaltige Variationen auf. Das Alter, die Rasse und das Geschlecht des Tieres spielen keine besondere Rolle in der Haarrichtung. Enge Blutsverwandtschaft bedingt oft gleiche Haarrichtungen, doch weisen auch Tiere aus einem Wurf Verschiedenheiten auf. Die Ähnlichkeit der Haarrichtungen beim Menschen und Affen (Schwalbe) und der Vergleich der Haussäugetiere, die ein erweitertes dorsales Rückenfeld besitzen, mit dem Menschen lassen auf einen gesetzmäßigen Zusammenhang vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt aus schließen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Eine „Pigmentdrüse" in der Nasenhaut des Hasen, von S. v. Schuhmacher-Innsbruck. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50, Nr. 8.) Bei Schneehasen findet sich in der Haut des Nasenrückens, etwa 5 mm von der Nasenspitze entfernt, genau in der Medianebene, eine stark pigmentierte, grubenförmige Vertiefung. Am Grunde der Grube erkennt man an Sagittaldurchschnitten schon makroskopisch einen etwa hirsekorngroßen, nahezu schwarz erscheinenden Körper. Bei Vergrößerung zeigt sich im Bereiche der grubenförmigen Vertiefung eine örtliche mächtige Verdickung der Epidermis, die durch ihren außerordentlichen Reichtum an Pigment auffällt und sich von der nicht oder nur schwach pigmentierten Umgebung scharf abhebt. Von der verdickten Epidermismasse dringen alveoläre, gleichfalls stark pigmentierte Fortsätze in das darunterliegende Korium ein, so daß das ganze Gebilde wie eine verzweigte, alveoläre Drüse erscheint und, abgesehen vom Pigmentreichtum, einer Talgdrüse ähnelt. In der Grube finden sich stets in größerer oder geringerer Menge abgestoßene Epidermismassen, zum Teil stark pigmentiert. Haare fehlen im Bereich der Pigmentgrube vollkommen. Es handelt sich demnach um ein epidermales Gebilde, das seiner Form nach einer verzweigten, alveolären Drüse entspricht, wobei die Alveolen ähnlich wie bei den Talgdrüsen vollständig mit Epithelzellen erfüllt sind; letztere zeigen aber nirgends Zeichen der Verfettung und unterscheiden sich hauptsächlich nur dadurch von den benachbarten Epithelzellen, daß sie außerordentlich reich pigmentiert sind. Pigment wird mit den in lebhafter Abstoßung begriffenen Epidermisschuppen in großer Menge nach außen befördert und daher ist das Gebilde als „Pigmentdrüse" zu bezeichnen. Das Pigment entsteht an Ort und Stelle in der Epidermis selbst. Bei einem Feldhasen und einem Kaninchen fand S. genau an derselben Stelle wie beim Schneehasen die Pigmentdrüse wieder. Die des Feldhasen unterscheidet sich in keinem Punkte von der des Schneehasen, sie zeigt dieselbe Größe, Lappung und ist mäßig stark pigmentiert. Die Lappung beim Kaninchen ist weniger hochgradig als bei den ersteren und namentlich dringen die Epidermissprossen viel weniger tief in das Korium ein, so daß hier das ganze Gebilde wesentlich kleinere Ausmaße besitzt. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zellstudien. I. Bau der Epidermiszelle, vorläufige Mitteilung, von B. Rosenstadt. (Anat. Anz., Bd. 50, Nr. 8.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.
O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Klinische und experimentelle Studien über die Innervation der Schweißdrüsen, von Hermann Dieden. (Diss., Würzburg 1915.) Eingehende Tierversuche, deren ausführliche Resultate im Originale nachgelesen werden müssen.
R. Frühwald-Leipzig.

Die Lymphgefäße der Haut des Hundes, von Hermann Baum-Dresden. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50, Nr. 1—2.) Eingehende Darstellung der makroskopisch verfolgbaren Hautlymphgefäße des Hundes, wie sie nach der Einstichmethode der Verf. feststellen konnte. Näheres siehe im Original. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Vorläufige Mitteilung über Entstehung und Bedeutung der Augenbrauenwülste, zugleich ein Beitrag zur Abänderung der Knochenform durch physiologische Reizung des Periostes, von Otto Aichel-Kiel. (Anat. Anz., 1916, Bd. 49, Nr. 18.)

Digitized by Google

Bei der Modellierung der Stirngegend kommt folgendes in Betracht: Die Zugwirkung des Musculus masseter am Jochbogen, sowie diffuse Druckwirkungen, welche die Kaufunktion veranlaßt, beeinflussen die Massenausdehnung des Jochbogens und des Oberkieferknochens durch direkte Beanspruchung der Knochensubstanz. Die Größe des Augentrichters wird hierdurch und durch seinen Inhalt bestimmt. Zu der Form der Gesichtspfeiler muß der allgemeine Stirnbau in Korrelation treten. Variation in der Lagebeziehung des Gehirns zum Gesichtsschädel, stärkere oder schwächere Überlagerung des Gesichtsschädels durch das Gehirn, bewirkt Vorhandensein oder Fehlen des Pars praecerebralis des Stirnbeins, sowie stärkere oder geringere Einschnürung des Schädels zwischen Orbita und Gehirnabschnitt. Physiologische Reizung des Periostes durch Zug, der direkt und indirekt von der Muskulatur ausgelöst wird, führt zu Knochenanbau in der Stirngegend; hierauf beruht die Bildung des Arcus supraorbitalis; Druck auf das Periost von seiten des Musculus corrugator erzeugt den Sulcus supraorbitalis, durch den eine Pars medialis und lateralis des Arcus supraorbitalis gesondert wird. Erkennt man die in dieser Mitteilung für die Modellierung der Stirngegend in Betracht kommenden Faktoren an, so muß der Gedanke aufgegeben werden, daß die verschiedenen Formen der Augenbrauenwülste genetische Beziehungen darlegen. O. Gans-Karlsruhe.

Über die Beobachtung der Hautkapillaren und ihre klinische Bedeutung, von Eugen Weiss-Tübingen. (M. m. W., 1917, Nr. 19.) Die Möglichkeit, die Kapillaren der Haut am Lebenden mikroskopisch zu beobachten, beruht auf der Aufhellung der Haut mit beliebigen Ölen; Weiss empfiehlt besonders das Immersionszedernöl. Die erforderliche Apparatur ist denkbar einfach: eine abgeblendete 200kerzige Osrambirne, eine Linse, um die Lichtstrahlen zu sammeln, am Mikroskop eine Haltevorrichtung, um den zu beobachtenden Finger fixieren zu können; es wird mit 40facher Vergrößerung gearbeitet. Für normale Beobachtung eignet sich am besten der Nagelfalz in der Umgebung der Lunula. Der Apparat für wissenschaftlich-experimentelle Beobachtung ist im Arch. f. klin. M., Bd. 119, H. 1 beschrieben. Die bisherigen Beobachtungen an den Kapillaren haben ergeben, daß diese und die in ihnen herrschende Blutströmung bei einer Reihe pathologischer Prozesse Veränderungen zeigen. In der medizinischen Klinik in Tübingen sind z. Zt. Untersuchungen im Gange, welche die Kapillarveränderungen bei den verschiedenen Exanthemen und Ausschlägen zum Gegenstand haben. A. Witte-Bremen.

Zur diagnostischen Verwertbarkeit der mikroskopischen Hautkapillaren-Untersuchungen am lebenden Menschen, von Ludwig Thaller, E. v. Draga-Zagreb. (W. kl. W., 1917, Nr. 22.) Der Verfasser gibt eine Vereinfachung der von Weiss empfohlenen Untersuchungsmethode an: Betupfung des Nagelfalzes mit Zedernöl; darauf wird die Stelle unter ein Zeissches Mikroskop (Obj. A und Oc. 4) gestellt und von oben mit Nernstlampe beleuchtet. Auch eine Trockenbatterielampe genügt. Nach kurzem Suchen, wobei man den Finger mit der rechten Hand fixiert, sieht man die dunkelroten Kapillaren auf dem hellroten Untergrunde aufleuchten. Bei nephritischen Albuminurien sieht man Schlängelung und Anastomosenbildung der Kapillaren, bei einfacher Albuminurie fehlen dieselben. H. Vörner-Leipzig.

Die Bewegungen der Hautkapillaren, von Ludwig Thaller, E. v. Draga-Zagreb. (W. kl. W., 1917, Nr. 22.) Bei der Beobachtung der Nagelfalzkapillaren mit der vorher erwähnten Methode läßt sich feststellen, daß in den Kapillaren eigenartige An- und Abschwellungen stattfinden. Diese Bewegungen sind regellos und hängen nicht direkt vom Herzschlag ab. H. Vörner-Leipzig.

Beitrag zur Verteilung der Nerven in der menschlichen Haut, von F. da Simonelli. (Internat. Mschr. f. Anat., 1914, Bd. 31, S. 287.) Die menschliche Haut enthält im wesentlichen zwei Nervenendigungen: die Meissnerschen Körperchen und die Ruffinischen Papillarbüschel. Bei beiden Arten handelt es sich möglicherweise um Nervenendigungen von gemeinsamer Funktion. Sogenannte Golgi-Marzonische Körperchen gibt es in der menschlichen Haut. Dieselben sind nur als kleinere Abarten der monolobulären Meissnerschen Körperchen aufzufassen. K. Boas-Rostock.

Über die Struktur der spinalen Sensibilitätsbezirke der Haut, von A. Goldscheider-Berlin. (Zschr. f. klin. M., 1917, Bd. 84, H. 5 u. 6.) Die außerordentlich lehrreichen Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse sind leider zu einem kurzen Referat nicht geeignet, sollten aber im Original nachgelesen werden. O. Gans-Karlsruhe.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Der Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,** die am 27. März d. J. unter dem Vorsitz von Prof. Blaschko in Berlin stattfand, wohnten zahlreiche Vertreter der staatlichen und kommunalen Behörden, der Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen, sowie viele Berliner und auswärtige Ärzte bei. Aus dem Berichte des Generalsekretärs Prof. Pinkus ging hervor, daß auch in diesem Jahre wieder eine sehr ausgedehnte Tätigkeit entfaltet wurde. Sie arbeitete an der Aufklärung und Belehrung über die Geschlechtskrankheiten durch Abhaltung von Vorträgen, die im Lande sowie an der Front gehalten wurden, durch Versendung von Schriften und Bereitstellung von Demonstrationsmaterial. Ihre seit Jahren bekannte Wanderausstellung wurde in vielen deutschen Städten in Verbindung mit den dortigen Ortskrankenkassen und Landesversicherungsanstalten ausgestellt, wodurch auch auf die von den letzteren eingerichteten Beratungsstellen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wirksam hingelenkt wird. Die Gesellschaft dehnte sich ferner durch Neugründung von Ortsgruppen in verschiedenen deutschen Städten aus.

In einem Vortrage über die sozialen Richtlinien der Prostitutionsbekämpfung zeigte Dr. Bozi-Bielefeld, wie an Stelle der juristischen Maßnahmen mehr und mehr die sozialen zu treten haben. Die Verhältnisse, in denen die Prostitution Nahrung findet, müssen geändert, der Prostitution muß durch Wohnungsfürsorge, Kinderschutz, Sorge für die unehelichen Kinder usw. der Boden entzogen werden. Daneben bedarf es pfleglicher Maßnahmen gegenüber den Prostituierten. Der Vortragende war in der Lage, sich hier auf die praktischen Erfahrungen und die Erfolge zu berufen, die man in Bielefeld, Minden und Danzig mit Schutzaufsicht und bedingter Aussetzung der polizeilichen Haftstrafen gemacht hat. Dort werden Prostituierte, die der Landespolizeibehörde überwiesen sind, sofern sie sich unter Schutzaufsicht stellen, in das Arbeitshaus erst überführt, wenn sie rückfällig werden oder sich sonst der Schutzaufsicht entziehen. Es wird erstrebt, dieser Maßregel in dem jetzt zur Beratung stehenden Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine gesetzliche Grundlage zu geben.

Hierauf erstattete für den ins Feld einberufenen Reichstagsabgeordneten Dr. Struve Prof. Blaschko den Bericht über das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, für welche die Sachverständigenkommission der Deutschen Gesellschaft wertvolle Vorarbeiten geleistet hat. Der Vortragende sieht in dem Gesetz einen großen hygienischen Fortschritt, vor allem deswegen, weil er durch die lang angestrebten Abänderungen der §§ 180 und 361,6 des Str.-G.-B. freie Bahn für die notwendigen gesundheitlichen Reformen schafft. Freilich ist in seinen positiven Vorschlägen der Entwurf vielfach zu zaghaft und dürftig ausgefallen. Hier hat die bisherige Arbeit des Ausschusses für Bevölkerungspolitik in geschickter Weise ergänzend gewirkt, vor allem dadurch, daß er sich nicht darauf beschränkt hat, die gewerbsmäßige Prostitution einer gesundheitlichen Kontrolle zu unterwerfen, sondern diese auf alle Personen, die dringend verdächtig sind, Geschlechtskrankheiten zu verbreiten, ausgedehnt wissen will. Wenn auch diese Bestimmung in der Praxis im wesentlichen auf die gewerbsmäßige Prostitution Anwendung finden wird, so ist diese Erweiterung nicht nur vom prinzipiellen Gesichtspunkt aus zu begrüßen, es wird damit der Behörde die Möglichkeit gegeben, in flagranten Fällen auch bösartige Schädlinge des männlichen Geschlechts zu treffen. Hingegen sieht Blaschko in dem von dem Ausschusse gewünschten Behandlungszwang für alle Venerischen ein bedenkliches Experiment, das leicht eine der gewünschten entgegengesetzte Wirkung haben könne. Für die in Aussicht genommene Neugestaltung der Prostituiertenkontrolle schaffen das Gesetz und die auf dieses aufgebauten Bundesratsvorschriften in ihrer jetzigen Form noch keine ausreichenden Unterlagen, auch hier wird die Arbeit des Reichstagsausschusses noch klärend und ergänzend eingreifen müssen.

Geh. Med.-Rat Prof. Joseph Jadassohn wurde zum korrespondierenden Mitgliede der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt.

San.-Rat Dr. Max Ihle in Leipzig ist am 1. April gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. April 1918 | Nr. 17 | Band 66

Hautkrankheiten bei farbigen Rassen.

Beiträge aus den deutschen Schutzgebieten.

Von

Dr. Gustav Heim in Bonn.

Lupus — Psoriasis — Parasitäre Hautkrankheiten.

Vor zwei Jahren habe ich in der „Dermatologischen Zeitschrift" (1916, 6. Heft) Mitteilungen gemacht über die Seltenheit des Lupus und der Psoriasis in heißen Ländern. Ich stützte mich dabei teils auf meine Unterredungen mit Ärzten in Ägypten und Deutsch-Südwestafrika, teils auf meine schriftlichen Anfragen bei Ärzten der anderen deutschen Schutzgebiete, teils auf Literatur, besonders auf die bisher erschienenen Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete[1]). Wenn bei den ganz vereinzelten Fällen, die ich aufzutreiben vermochte, und beim Mangel von Beschreibungen des Krankheitsbildes es zweifelhaft erscheinen könnte, ob die beiden Krankheiten in den Tropen, sowohl bei Weißen als bei Farbigen, überhaupt vorkommen, so hat doch J. D. Kayser durch sehr genaue Schilderung und Abbildung eines bei einem auf Java geborenen Malaien beobachteten ausgeprägten Falles schlagend bewiesen, daß bei farbigen Tropenbewohnern Psoriasis in jener ganz typischen Form auftreten kann, die wir in deutschen Kliniken zu sehen gewöhnt sind.

Es ist nicht leicht, für die staunenswerte Seltenheit der beiden schweren Hautleiden in den heißen Ländern eine in jeder Hinsicht befriedigende Erklärung zu liefern. Gegen Immunität der farbigen Rassen spricht das anscheinend kaum weniger seltene Auftreten bei den dortigen Europäern. Was die Tuberkulose betrifft, mit der man neuerdings auch die Psoriasis in Zusammenhang bringen will, so ist sie auch auf jenen Landstrichen mehr oder weniger verbreitet, und in einigen unserer Schutzgebiete erheben sich sogar warnende Stimmen, die über ungünstigen Verlauf der Tuberkulose in den Tropen reden. Auch sei erwähnt, daß Konrad Siebert in Nord-Neu-Mecklenburg (Bismarck-Archipel) Skrophuloderma fand, obwohl Lupus vulgaris vollständig fehlte. Als ich von A. Scheuber in Kairo hörte, daß er dort während 9jähriger derma-

[1]) Erschienen bei Mittler u. Sohn in Berlin.

Digitized by Google

tologischer Praxis, abgesehen von einer eingewanderten Griechin, keinen einzigen Fall von Lupus vulgaris gesehen habe, fielen mir die großen Erfolge ein, die beim Lupus die Lichtbehandlung hervorgebracht hat. Der machtvollen Sonnenstrahlung der heißen Länder darf wohl zugetraut werden, daß sie mit genügender Kraft in die Gesichtshaut eindringe, um jeden darin auftretenden Tuberkelbazillus rasch zu vernichten. Doch versagt diese Erklärung gegenüber der unter den Kleidern versteckten Psoriasis. Mögen die Eingeborenen im Innern des Landes nackt gehen, so tragen sie doch in den größeren von Europäern bewohnten Ansiedlungen, ebenso wie diese, Kleider. Ob die starke Lichtstrahlung bei der dünnen Bekleidung dennoch den Ausbruch dieser Krankheiten verhüten könne, sei dahingestellt. Zwar kommt auch die bei hoher Temperatur stark gesteigerte Hauttätigkeit in Betracht, welche die Möglichkeit vermehrter Ausscheidung von Giften und Mikroben gewährt.

Indes beginnt man an klimatischen Ursachen der Seltenheit derartiger Hautleiden aufs neue zu zweifeln, wenn man eine Reihe von Äußerungen vernimmt, daß just parasitäre Krankheiten der Haut, sowohl von pflanzlichen als von tierischen Lebewesen hervorgerufene, bei den Farbigen auffallend überwiegen. Der bereits vorhin erwähnte KONRAD SIEBERT, der, im Anschluß an die NEISSERsche Syphilisexpedition nach Batavia, eine Reise nach Deutsch-Neu-Guinea machte, erblickt sogar einen Hauptgrund der vielen infektiösen Hautleiden, die er bei den Farbigen Nord-Neu-Mecklenburgs im Bismarck-Archipel fand, im Nacktgehen. Nach seinem Bericht besteht nämlich bei diesem Volke, das der melanesischen, einer dem Negertypus ähnlichen Rasse angehört, die männliche Kleidung meist nur aus einem um die Lenden gelegten Kattunlappen, während man bei den Frauen wohl von Bekleidung überhaupt nicht reden kann. Allerdings kann man ja nicht erwarten, daß das Sonnenlicht gegen alle ihm ausgesetzte Hautkrankheiten sich so wirkungsvoll erweisen müsse, wie wir es beim Lupus kennen gelernt haben, zumal da wir noch gar nicht bestimmt sagen können, ob hier eine Äußerung seiner Bakterienfeindschaft vorliege. Man darf auch nicht vergessen, daß andererseits die Nacktheit Infektionen begünstigt, indem durch sie der Körper namentlich an den unteren Teilen der Extremitäten allerlei Verletzungen ausgesetzt ist, die den Mikroben zahlreiche Pforten öffnen. Dazu gesellt sich der Leichtsinn und die Unsauberkeit der Farbigen, die auch SIEBERT mitbeschuldigt. In Deutsch-Südwestafrika, wo ich sie fast nur vollständig bekleidet sah, halten sie die Kleider wochen- und monatelang Tag und Nacht am Leibe, bis sie schließlich zerrissen und zerfetzt gegen bessere, aber vielleicht schon von anderen getragene, vertauscht werden. Üblich ist dort auch das Aus-

Digitized by Google

tauschen und wechselseitige Tragen der Kleider unter Freunden und Bekannten; Pfeifen und Eßwerkzeug gehen von Mund zu Mund. Auch auf den Marschallinseln tauschen die Farbigen, namentlich die Frauen, gegenseitig die Kleider; Hemden, Unterröcke, Kleider wechseln fortwährend die Besitzerinnen, und der dortige Regierungsarzt Born sieht in dieser Unsitte einen wesentlichen Verbreiter ansteckender Hautkrankheiten. Nicht sauberer scheinen die Eingeborenen der Marschallinsel Nauru zu sein, von denen A. Müller gelegentlich bemerkt:

„An eine Ansteckung glauben sie nicht und weisen jede Belehrung damit zurück, daß sie doch auch schon Krankheiten gehabt hätten und nicht einsehen, warum die Europäer mehr davon wissen sollten als sie selbst. Falls ein Familienmitglied erkrankt, strömen alle Verwandten zusammen, wobei dann die gemeinsame Pfeife zwischen Gesunden und Kranken die Runde macht. Zur Beseitigung von Nasenschleim und anderen Sekreten dient einfach die Hand eines Angehörigen, die dann natürlich nicht gewaschen, sondern bestenfalls im Haar abgewischt wird. Wenn dann noch ein Kranker, der in einem Hause nicht gleich besser wird, von dort in ein anderes getragen wird, so kann man verstehen, wie jede Epidemie sich über die ganze Insel verbreiten muß. Anzuerkennen ist, daß unter dem Einfluß der Missionen unter der jüngeren Generation in dieser Hinsicht eine geringe Besserung zu bemerken ist[1])."

Bei solcher Sorglosigkeit und Schmutzwirtschaft ist es nicht zu verwundern, daß parasitäre Hautleiden in üppigster Weise gedeihen. Mancherlei zum Teil komische Gebräuche schaffen noch besondere Gelegenheit zur Ansteckung. Auf der Marschallinsel Jaluit läßt z. B., wie der dortige Regierungsarzt Liesegang erzählt, ein begüterter Mann (Häuptling), wenn er von einem juckenden Hautleiden befallen ist, seine Frauen und Mädchen antreten, damit sie ihn, wo es juckt, kratzen. Sich nach solchem Liebesdienst die Hände zu waschen, fällt den Farbigen natürlich nicht ein, so daß sie den anhaftenden Infektionsstoff bald sich selbst oder anderen einimpfen. Wegen der Abneigung gegen das Waschen müssen Körper und besonders Hände fast immer mit Parasiten besät sein, und die mangelnde ärztliche Behandlung gestattet diesen unbegrenzte Vermehrung und Ausbreitung. Denn erst, wenn die Krankheit ihm lästig wird und ihm das Jucken bei Tag und Nacht keine Ruhe läßt, sucht der Farbige den Arzt auf. Daher sah Liesegang auf Jaluit trotz den zahlreichen Zugängen fast nur veraltete Fälle, die das Krankheitsbild über den ganzen Körper oder wenigstens über einen großen Teil entwickelt hatten [2]). In den Hütten der Farbigen sind die Bakterien vor dem ihnen feindlichen Licht genügend geborgen, um ein langes Leben zu fristen und sich ungestört zu vermehren. In Südwestafrika wenigstens lagert darin beständige Dämmerung. Der Eingeborene läßt sich hier

[1]) Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg. — [2]) Medizinalberichte f. d. deutsch. Schutzgeb. 1908/09, S. 444.

Digitized by Google

das Haus von seinem Weibe bauen. Dieses steckt eine Menge Reiser in die Erde, biegt sie oben zu einer Kuppel zusammen und bewirft sie nun außen dicht mit Kuhdreck, Lumpen und Blechstücken. Außer der niedrigen Tür zum Hineinkriechen bleibt keine Öffnung. Wie eine Ansammlung riesiger Bienenkörbe oder Düngerhaufen sehen so die Kaffernwerfte an den Abhängen in Windhuk aus. Der Hüttenbau wird wohl in den einzelnen Schutzgebieten sehr verschieden und oft auch der Belichtung günstiger sein, wie denn überhaupt der Kulturzustand und die gesamte Lebenshaltung je nach dem Landesteil ein anderes Bild zeigen dürften. Diese Verschiedenheit kann auf die Häufigkeit von Hautkrankheiten, besonders ansteckender, gewiß nicht ohne Einfluß sein. So sind im Bezirk Lome in Togo, wie im Medizinalbericht für 1909/10 der Regierungsarzt KRUEGER schreibt, unter den Kindern des Landbezirks Hautkrankheiten sehr häufig, in der eigentlichen Stadtbevölkerung dagegen infolge sorgfältiger Körperpflege selten. Bei der Schutztruppe in Kamerun wurde durch fortwährende Belehrung über Reinlichkeit, Gebrauch von Seife, Baden, Waschungen stete Abnahme der dort sehr häufigen Krankheiten der äußeren Bedeckungen vom Jahre 1905 bis 1909 erzielt. Andererseits fand SIEBERT bei den Farbigen von Neu-Mecklenburg, die nicht gern baden, nur selten jemand mit vollständig normaler Haut. Allerdings waren es nur harmlose oberflächliche parasitäre Leiden, qualitativ nur ganz wenige Formen.

SIEBERT untersuchte in den Dörfern Neu-Mecklenburgs, auf einem spärlich bevölkerten Landstrich von 120 km, systematisch 351 Männer. Von diesen waren 84, also 24%, in der ausgedehntesten Weise, fast die ganze Körperfläche einnehmend, mit parasitären Hauterkrankungen behaftet, wovon nicht weniger als 55 auf Rechnung der Tinea imbricata fielen.

Tinea imbricata.

Es ist die in tropischen Ländern besonders häufige Pilzkrankheit, welche die wunderbaren, regelmäßig konzentrischen, sich ineinander schlingenden Bogen und Kreise auf der Haut hervorruft, die, von weitem gesehen, oft als künstliche, überaus zierliche Tätowierung der ganzen Körperhaut erscheinen. SIEBERT bemerkt weiter dazu:

„Befallen ist meist die ganze Körperhaut einschließlich Handfläche und Fußsohle nur das Gesicht bleibt gewöhnlich frei. Bei der näheren Betrachtung des Kranken zeigt sich ein differenzial-diagnostisches Merkmal, das diese Affektion, auch wenn die charakteristische Zeichnung verwischt ist, sofort von jeder anderen Trichophytieerkrankung unterscheiden läßt, nämlich die große lamellöse, fetzenartige Schuppung. Frauen und Kinder sind, wie ich unterwegs zu beobachten Gelegenheit hatte, in gleicher Weise und wahrscheinlich in gleicher Zahl von der Erkrankung befallen[1]).“

[1]) K. SIEBERT, Über Wesen und Verbreitung von Haut- und Geschlechtskrank-

Digitized by Google

Von den Marschallinseln, wo die Tinea imbricata, „Gogo“ [1]) genannt, allgemein verbreitet und eine große Plage für die Befallenen ist, schreibt im Medizinalbericht für 1903/04 Schwabe über das Krankheitsbild:

„Meist besteht sie universal, seltener in Form von Plaques, ergreift spät die Gelenkbeugen, überschreitet die Nackenhaargrenze oft etwas, ohne aber die Haare zu schädigen, und geht auch auf die Handteller über. Die Haut der Palma manus sieht bei längerem Bestande einer universalen Tinea imbricata chronisch ekzematös aus. Manchmal können die Finger wegen Spannung der verdickten Haut in den Beugen nicht mehr völlig gestreckt werden. Wo man diesen Zustand ohne Tinea imbricata findet, erfährt man aus der Beschaffenheit der übrigen Haut und den Aussagen des Patienten, daß früher der Gogo dagewesen ist. Am Halse ist die Haut durch Tinea häufig lichenifiziert; chronisch ekzematös, erheblich verdickt meist an den Fußrücken und der unteren Hälfte der Unterschenkel.“

Letztere Erscheinungen schreibt Schwabe dem Kratzen der Eingeborenen an den unbekleideten Stellen zu, während die übrigen Körperteile durch die Kleider davor geschützt seien. Über entzündliche Reaktionen bemerkt er:

„Daß diese parasitäre Krankheit absolut und immer ohne jede entzündliche Reaktion verlaufe, kann ich nicht bestätigen. Oft sieht man nach Entfernung der Schuppen am Rande der Affektion einen schwachen entzündlichen Saum. Manchmal reagiert auch die Haut mit kleinpapulösen Eruptionen, vielleicht bei starker Reizung durch kratzen.“

Die bekannte, durch den freien Rand der Schuppen gebildete eigentümliche Zeichnung erinnerte Schwabe lebhaft an Holzmaserung, besonders wenn die Haut mit Jodtinktur angestrichen worden war.

Die Jodtinktur wird auch allgemein als das beste Heilmittel bezeichnet, danach Chrysarobin, bei dem jedoch nach Wendland in Herberthöhe (D.-Neu-Guinea) trotz aller Vorsicht Nierenreizung und, wie auch bei Anerkennung der sonst guten Wirkung Hoffmann betont, Augenbindehautentzündung aufgetreten ist [2]). Mit diesen beiden Mitteln und Schwefel meint auch später (1911/12) noch Wendland, seien selbst alte Fälle wohl zu heilen, während er früher geklagt hatte, daß bei der Ausbreitung über den ganzen Körper die Behandlung langwierig sei und bei der Indolenz der meisten oft nicht zu gänzlichem Erfolg führe. Er behandelte die Kranken meist poliklinisch mit Schwefelpetroleum. Jeden Morgen wurden die Kranken, nach Abwaschung mit Wasser und grüner Seife, mit einer Mischung von Schwefelblüte und Petroleum mittels eines dicken Borstenpinsels an den befallenen Stellen bestrichen. Bei frischen, noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen wurde so in 3 bis

heiten in Nord-Neu-Mecklenburg (Bismarck-Archipel). Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1909, S. 203 u. 204. — [1]) A. Plehn sagt, vielleicht irrtümlich, „Gago“ (Handb. d. Tropenkr. v. C. Mense, 1914, II, S. 255). — [2]) Med.-Ber. f. 1905/06. S. 264.

Digitized by Google

4 Wochen Heilung erzielt. Bei alten, eingewurzelten Fällen dauerte die Behandlung wesentlich länger und führte nicht immer zur völligen Heilung, wenn auch bedeutende Besserung nie zu verkennen war[1]). Hinsichtlich der Sicherheit der Wirkung gibt HOFFMANN, der in Kaiser-Wilhelm-Land ebenfalls Schwefelpetroleum anwandte und damit stets Besserung, aber schwer Heilung erreichte, der Jodtinktur und dem Chrysarobin den Vorzug, die jedoch nur unter ärztlicher Aufsicht angewandt werden könnten[2]). Im Bericht für 1910/11 schreibt darüber der Regierungsarzt Dr. BORN von der Marschallinsel Jaluit:

„Die Behandlung ist wie überall eine Crux medicorum, wenn es sich, was meist der Fall ist, um veraltete Fälle von universaler Ausbreitung handelt, leicht dagegen, wenn die Krankheit im Beginn ist und nur erst einzelne Plaques bestehen. Besonders Jodtinktur tut, nachdem die Haut durch Schmierseifenbäder gut aufgeweicht ist, vorzügliche Dienste. Alte Fälle, auch bei jüngeren Leuten, widerstehen aber oft allen Bemühungen. Weder Chrysarobin in 10% Salbe, noch Petroleum und Schwefel, noch Ichthyol will helfen. Salizylvaseline und Salizylspiritus eignet sich auch nur für ganz begrenzte Herde von geringer Ausdehnung bei zarter jugendlicher Haut.

Behandelt wurden im ganzen 62 Fälle mit nicht sehr erfreulichem Erfolge. Es ist nur ein Glück, daß die meisten Patienten bei den monatelangen Kuren nicht die Geduld verlieren. Selbst so schmerzhaften Kuren, wie der Ätzung mit roher Karbolsäure, unterziehen sie sich willig in der Hoffnung, von ihrem entstellenden Leiden befreit zu werden. Übrigens wirkt auch diese LARVISCHE Behandlung nicht immer sicher, ist zudem nicht ungefährlich und hinterläßt bei zu energischer Ätzung unangenehme Narben."

Auch BUSE, Regierungsarzt auf Jap (Westkarolinen), betont die schwere Heilbarkeit nach jahrzehntelangem Bestehen. SCHWABE erblickt den Grund dafür in den chronisch entzündlichen Veränderungen durch Beteiligung des Papillarkörpers (vgl. S. 261). Nach SCHWABE ist das therapeutische Ergebnis rascher und besser bei zarter Haut als bei solcher, die durch langen Bestand der Krankheit mehr oder weniger ekzematös ist. Bei universaler Vertreibung empfiehlt er bei ambulanten Kranken alkoholische Lösung von Acid. pyrogallic. und das von englischer Seite genannte Liniment. jodi. Die Kranken werden angewiesen, ihre waschbare Kleidung auszukochen. Die häufigen Rezidive seien wohl nicht allein durch schlecht gereinigte Kleidung — man sehe sie auch an unbekleideten Stellen —, sondern mehr durch zurückgebliebene Keime zu erklären, da das erneute Aufschießen von Tinea bei begrenzter Ausdehnung mit Vorliebe innerhalb der alten befallenen Hautpartien erfolge. Nach HOFFMANN in Friedrich-Wilhelmshafen (D.-Neu-Guinea) verbreitet sich jedoch das Leiden meist in kürzerer oder längerer Zeit über den ganzen Körper, auch über das Gesicht. Ausgezeichnet wirke der Saft einer dort gedeihenden Pflanze, von Prof. PREUSS als „Cassia

[1]) Med.-Ber. f. 1905/06, S. 264. — [2]) Med.-Ber. f. 1908/09, S. 402.

Digitized by Google

alata" bestimmt, die auch in Kamerun viel mit Erfolg angewandt werden soll. Auf Korallenboden gewähre sie wenig Saft, am brauchbarsten sei sie, wenn sie an Fluß- oder Bachufern wachse.

Es werden die Blätter kurz vor der Blüte gepflückt, ausgepreßt und durch Übergießen von Alkohol einige Stunden ausgezogen. Alsdann werden nach Abseifen des Körpers die erkrankten Stellen mit den saftdurchtränkten Blättern kräftig eingerieben. Diese Prozedur wird an mehreren Tagen hintereinander wiederholt bis zum Schwinden des Leidens. Das Mittel ist bei den Eingeborenen noch wenig bekannt[1]).

Hoffmann hält den Erfolg der Behandlung für meist nur vorübergehend. Da die Krankheit keinerlei Beschwerden verursache und nur als Schönheitsfehler gelte, da ferner durch Behandlung aller Erkrankten die Arbeitsfähigkeit sonst kräftiger Leute zu sehr eingeschränkt würde, müsse von einer allgemeinen Behandlung abgesehen werden. Wenn auch die Krankheit sicher infektiös sei, so gehöre dazu doch eine gewisse Empfänglichkeit. Denn sonst müßten bei dem engen Verkehr alle daran leiden, während man sogar wiederholt Familien sehe, in denen nur der Mann oder die Frau oder einige Familienmitglieder an Tinea erkrankt seien, ohne daß trotz der ständigen auch körperlichen Berührung eine Übertragung auf den Gesunden erfolge.

Hoffmann nennt die Tinea imbricata „die bei weitem häufigste Hauterkrankung". Auch von Wendland in Herberthöhe wird das häufige Vorkommen auf Deutsch-Neu-Guinea betont. Im Bericht für 1905/06 bemerkt er, daß unter den chronischen Hautkrankheiten Tinea imbricata und Tinea circinata die größte Rolle spielen und nicht weniger als 20 bis 25% aller Arbeiter an Tinea leiden, und im Bericht für 1911/12, daß wegen der weiten Verbreitung von Ringwurm und Tinea imbricata eine allgemeine Behandlung nicht denkbar sei. Er fand an der Nordküste einen Platz, an dem etwa 70% der Einwohner von diesen Leiden befallen waren! Er glaubt diese ungeheure Verbreitung dem Umstand zuschreiben zu müssen, daß die Leute in einer Lagune in Pfahlbauten beieinander wohnen. Auch auf den Westkarolinen stehen unter den Hautkrankheiten die beiden obenan. Ganz besonders sind sie dort verbreitet auf den niedrigen Inseln. So kamen auf Oleai 1906/07 nicht weniger als 37 Fälle zur Behandlung. Meist handelte es sich um die über den ganzen Körper ausgebreitete Tinea imbricata. Die meisten dieser Kranken stammten von der im Westeingang des Atolls liegenden Insel Skliap, deren Bevölkerung wegen dieses Leidens bei den übrigen Oleaiern für etwas minderwertig gilt.

Über die eigentümliche Erscheinung, daß just diese eine Insel so verseucht ist, erzählt man folgende Sage. Ein nach Oleai verschlagener Japmann, der auf allen Inseln

[1]) Med.-Ber. 1903/04, S. 248.

Digitized by Google

der Gruppe gastfreundliche Aufnahme gefunden hatte, und mit dem Besten bewirtet worden war, kam auch nach Skliap. Aber die Bewohner zeigten sich ungastlich und geizig und gaben dem Verschlagenen nur schlechten Taro und Fische, die sie selbst nicht essen mochten. Zur Strafe kam die häßliche entstellende Krankheit über sie, die ihre Söhne und Töchter vom Verkehr mit den übrigen Stammgenossen in Oleai fast ausschloß [1]).

Auf der Westkarolineninsel Palau sind nach BORN beide Leiden auch ziemlich häufig, während auf Ifaluk Tinea imbricata selten ist. Nach den Krankenlisten kommt die Tinea imbricata auf den Ostkarolinen gleichfalls oft vor. Im Jahre 1910/11 z. B. waren auf Ponape unter 2354 behandelten Farbigen 53 Fälle = 2,25%, und unter den im letzten Drittel des Jahres 1904 behandelten 277 Farbigen sogar 37 = 13,35%. Auf den Marschallinseln ist sie nach BORN die verbreitetste Hautkrankheit. Auf Saipan (Mariannen) soll sie dagegen wenig verbreitet sein. In den Berichten über Samoa habe ich sie nur einmal [2]) erwähnt gefunden, niemals in denen über unsere afrikanischen Schutzgebiete. In der Tat scheint diese Krankheit ja erst in verhältnismäßig wenige Länder durch den Schiffsverkehr eingeschleppt worden zu sein. Ein durchaus zuverlässiges Bild über ihre Ausdehnung in den deutschen Schutzgebieten läßt sich jedoch aus den Medizinalberichten nicht gewinnen. Denn in den Tabellen sind unter den „Krankheiten der äußeren Bedeckungen" nur hier und da einzelne Krankheitsformen genannt; in der Regel sind sie in der Bezeichnung „akute Hautkrankheiten" und „chronische Hautkrankheiten" zusammengefaßt. Es kann daher ein Leiden behandelt worden sein, ohne in der Tabelle erkennbar zu sein. Das ist auch fernerhin bei dieser Arbeit zu beachten. Die Tineaerkrankungen sind zwar besonders häufig namentlich aufgeführt.

Tinea circinata (Ringwurm).

Den Ringwurm habe ich in den Krankentabellen aller deutschen Schutzgebiete gefunden, mit Ausnahme Südwestafrikas. Zwar waren es fast immer nur wenige Fälle, vielleicht weil diese Kranken sich nicht so oft zur Behandlung, namentlich im Krankenhaus, einfinden. Denn nach verschiedenen Äußerungen scheint auch dieses Leiden außerordentlich häufig zu sein. Über die große Verbreitung auf Deutsch-Neu-Guinea und den Westkarolinen habe ich oben schon gesprochen. Über die ungeheure Ausdehnung unter den Eingeborenen Deutsch-

[1]) BORN im Med.-Bericht f. 1906/07, S. 245. — [2]) Im Bericht für 1909/10 bemerkt nämlich POLECK, daß er nur einen einzigen Fall, bei einem Samoaner aus Savaii, gesehen habe, ausgenommen die schwarzen Arbeiter der Deutschen Handels- und Plantagengesellschaft, bei denen Tinea imbricata häufig sei. Diese Gesellschaft importiert aber ihre Arbeiter, anscheinend hauptsächlich aus Neu-Guinea.

Digitized by Google

Neu-Guineas belehrt die Untersuchung neu angeworbener Arbeiter. Im Jahre 1906 wurden deren 1991 untersucht: 22% litten an Ringwurm! Doch war die Häufigkeit auf den einzelnen Inseln des Schutzgebietes sehr verschieden:

„Bei Eingeborenen aus dem Innern Neu-Pommerns, besonders der Gazelle-Halbinsel, und bei Leuten aus dem Innern der Insel Bougainville waren durchschnittlich etwa 40% mit Ringwurm in seinen verschiedenen Formen behaftet, von den Bewohnern Neu-Mecklenburgs und Neu-Hannovers etwa 30%. Günstiger lagen die Verhältnisse bei den Leuten von Buka, der Südküste Neu-Pommerns und von Neu-Guinea, bei weitem am besten bei den Admiralitäts- und St. Mathias-Insulanern, bei welchen Ringwurm nur bei einzelnen sich fand."

Hiernach kommt nach der Meinung Wendlands, der diese Mitteilungen 1906/07 aus Herberthöhe gemacht hat, die Krankheit am häufigsten dort vor, wo die fern von der Küste lebenden Eingeborenen augenscheinlich weniger oder gar nicht Gelegenheit haben zu baden; in der Tat sei die Unreinlichkeit bei diesen Leuten zweifellos größer als bei den am Strande wohnenden. Es scheine aber auch, daß die bisher relativ abgeschlossen lebenden Eingeborenen, wie die erst in letzter Zeit für die Anwerbung freigegebenen Admiralitäts- und St. Mathias-Insulaner, sich von Hautkrankheiten reiner erhalten hätten als z. B. die Neu-Mecklenburger, die seit langen Jahren das Hauptkontingent der Pflanzungsarbeiter stellten. — Im Bericht über die Station Käwieng (Deutsch-Neu-Guinea) für 1904/05 bemerkt Danneil, daß der Ringwurm allgemein verbreitet sei.

Auch aus Togo wurde wiederholt über die Häufigkeit des Leidens berichtet. Deutsch-Südwestafrika hat meist keine ausführlichen Medizinalberichte geliefert, so daß aus den wenigen Angaben auf das Vorkommen von Ringwurm nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden darf. Allerdings herrscht dort ein eigenartiges, nämlich höchst trockenes und daher recht erträgliches Klima, welches vielleicht dieser Krankheit Widerstand bietet.

Auffallend ist, daß Ringwurm, im Gegensatz zu Tinea imbricata, so häufig bei Europäern erwähnt wird, sowohl in den Schutzgebieten Afrikas, als auch in denen der Südsee. Freilich sind es in der Regel nur vereinzelte Fälle. Aber 1907/08 kamen doch im Regierungshospital in Apia auf Samoa auf 686 kranke Europäer 22 Fälle = 3,2%. Wendland, der 1903/04 bemerkt, daß in Herberthöhe bei Europäern Ringwurm nicht selten sei, schiebt die Schuld dem Umstand zu, daß die Wäsche von Farbigen besorgt und wohl selten ausgekocht werde. Der Lieblingssitz sei bei jenen an der Innenseite der Oberschenkel und am Hodensack. Im Bezirk Lome in Togo stand unter den Hautkrankheiten der Ringwurm bei den Europäern an zweiter Stelle[1]).

Auch gegen Ringwurm werden Abseifungen, Jodtinktur und Chrysarobin besonders empfohlen. Während Danneil in Käwieng nur diese

[1]) Med.-Ber. f. 1908/09, S. 267.

Digitized by Google

Mittel als wirksam bezeichnete, hat sich RODENWALDT im Bezirk Anecho in Togo die 5%ige Naphtholsalbe durchaus bewährt. In Kamerun leistete, auch in veralteten Fällen, meist Nikotianaseife recht gute Dienste. WENDLAND hat sich die Behandlung mit Schwefel und Petroleum ihrer Einfachheit und Billigkeit halber noch am besten bewährt. In veralteten Fällen sei sie allerdings recht langwierig, wenn auch eine erhebliche Besserung fast immer schon nach 10 bis 14 Tagen festzustellen war. Die sehr schwere Heilbarkeit weit vorgeschrittenen und alten Ringwurms betonen auch DANNEIL und LIESEGANG. Jener hebt den Wert guter Ernährung hervor, verspricht sich aber dauernde Besserung dieser Volkskrankheit der Melanesier nur von allgemeiner Hebung des Sinnes für körperliche Reinlichkeit, wozu man den Gebrauch der Seife und die tägliche Waschung einbürgern und reinlichere Wohnungsverhältnisse schaffen müsse. In vielen Gebieten, die keine natürliche Versorgung mit frischem fließendem Wasser hätten, sei die Anlage von Brunnen unerläßliche Bedingung. Als Folgen des Kratzens mit den unglaublich schmutzigen Fingern erwähnt er Ekzeme und Furunkel; universal von Ringwurm Befallene neigten fast ausnahmslos zu Kachexie.

Herpes.

Von den oben erwähnten 84 parasitären Hauterkrankungen, die SIEBERT in Dörfern Neu-Mecklenburgs fand, entfielen 14 Fälle auf die gewöhnliche Trichophytie, deren Aussehen jedoch etwas von der in Europa abweicht:

„Zunächst ist die Ausdehnung der erkrankten Partien immer bedeutend größer, als wir sie in Europa zu sehen bekommen. Es ist nichts seltenes, daß der Rücken in seiner ganzen Ausdehnung ergriffen ist, oder daß die Erkrankung in Form einer Badehose den ganzen Unterleib nebst Gesäß und Oberschenkeln umfaßt. Auffallend ist die relativ starke Infiltration der Haut. Mit der sehr kleinblättrigen und fest aufsitzenden Schuppung bietet die Affektion vollkommen das Aussehen des alten HEBRAschen Ekzema marginatum. Da ich diese Formen der Trichophytie schon von der malaiischen Bevölkerung Javas her kannte und oft durch den Pilzbefund kontrolliert hatte, so war es mir leicht, hier diese Formen wieder zu erkennen." (A. a. O. S. 204.)

In den Medizinalberichten habe ich Herpes tonsurans einige Male bei Europäern erwähnt gefunden. Auf Samoa soll er unter den Chinesen recht verbreitet sein, weniger unter den Samoanern. Herpes facialis bei Fiebernden ist in Deutsch-Ostafrika beobachtet worden, gleichfalls Balanitis herpetiformis bei Farbigen; SIEBERT sah einen Herpes progenitalis in Neu-Mecklenburg. Auch Herpes zoster bei Farbigen wird aus einzelnen Schutzgebieten gemeldet. Einen Zoster ophthalmicus im Verlauf des l. Nervus supraorbitalis sah man bei einem Polizeiaskari in Deutsch-

Digitized by Google

Ostafrika. Sycosis barbae — ob parasitäre, ist nicht gesagt — wurde 1906/07 bei Samoanern behandelt.

Pityriasis versicolor.

Der Rest der von Siebert in Neu-Mecklenburg gefundenen Pilzerkrankungen, etwa 20 Fälle, betraf Pityriasis versicolor, die sich auch von dem gewöhnlichen Bilde etwas unterscheidet:

„Zunächst befällt diese Erkrankung die Haut in viel größerer räumlicher Ausdehnung, und dann erscheinen die befallenen Partien nicht wie bei einer weißen Haut dunkler gefärbt als die normale Haut, sondern die Erkrankung präsentiert sich uns auf der dunkeln Haut heller, fast weißlich gefärbt, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß die durch die dazwischen gewachsenen Pilze auf geschilferten Epithelzellen das Hautpigment nicht so intensiv durchscheinen lassen. Die Ausbreitung ist meist diffus, großbogig begrenzt und nicht so disseminiert, wie wir die Erkrankung in Europa zu sehen bekommen. Auffallend ist weiter das sehr häufige Befallensein des Gesichts, was bei uns wohl kaum vorkommt. Ob der Erreger mit dem Mikrosporon furfur, dem Erreger unserer Pityriasis versicolor identisch sei, lasse ich dahingestellt; es scheinen in der Literatur jetzt Zweifel darüber laut zu werden." (A. a. O. S. 204.)

Nach Born ist auf den Marschallinseln die harmlose Pityriasis versicolor ebenso verbreitet wie die Tinea imbricata; ihre Entfernung werde von den eiteln Marschallanern oft gewünscht. 10%iger Salizylspiritus und Jodtinktur führten gewöhnlich zum Ziel; nur müsse die Behandlung lange genug fortgesetzt werden[1]). Schon 1903/04 hatte Schwabe von diesen Inseln über dieselbe Krankheit geschrieben:

„Pityriasis versicolor, von den Eingeborenen Djenn genannt, erscheint zunächst in kreisrunden Flecken, welche heller als die Umgebung sind und später konfluieren. Sie ist ein sehr häufiger Nebenbefund und kann gelegentlich Leukoderma syphiliticum vortäuschen. Die Flecken erscheinen völlig glatt; in den durch Abkratzen erhaltenen feinen Schüppchen findet man massenhaft Mikrosporon furfur."

Auf Palau (Westkarolinen) ist die Krankheit ziemlich häufig. Auch bei Samoanern, vereinzelt bei Farbigen in Herberthöhe und auch in Deutsch-Ostafrika wurde sie gesehen. Dagegen schreibt von hier aus Tabora 1903/04 Skrodzki, die bei den Eingeborenen auffallend häufige Pityriasis, auf Kisuaheli „umba" genannt, sei als „versicolor" durchaus nicht zu bezeichnen, hebe sich vielmehr meist hell mit der Farbe des „café au lait" von der dunkeln Eingeborenenhaut ab; bevorzugt seien Brust, Kinn, Hals.

Impetigo contagiosa — Pemphigus contagiosus.

Impetigo contagiosa führt die Krankenliste für 1909/10 der Marschallinsel Nauru bei einer Gesamtzahl von 4000 kranken Farbigen 7mal und von 177 kranken Europäern 2mal an. Auch in Kaiser-Wilhelm-Land

[1]) Med.-Ber. f. 1910/11, S. 717.

Digitized by Google

(Deutsch-Neu-Guinea) ist das Leiden bei Farbigen gesehen worden. Bei den dortigen Europäern kommt es nach HOFFMANN in den Schenkelbeugen, Achselhöhlen und an den Armen häufiger vor und wird durch Schwefelzink- oder Salizylpaste fast stets sicher geheilt.

WENDLAND beschreibt eine Hautkrankheit, die auf Deutsch-Neu-Guinea nicht selten sei und die er dem Pemphigus contagiosus zurechnen möchte:

„Es bilden sich auf leicht entzündlichem Grunde Blasen, die sich vergrößern, schlaff pustulös werden und eitrigen Inhalt haben. Vielfach konfluieren mehrere miteinander. Die Leute kommen immer erst dann, wenn das Leiden schon eine gewisse Zeit besteht und fast über den ganzen Körper verbreitet ist. Der Inhalt der Blasen entleert sich später oder trocknet ein; es bilden sich auf dem Geschwürsgrunde Borken, unter denen allmählich Heilung erfolgt."

Das Leiden ist nach WENDLAND oft äußerst langwierig und lästig, da oft alle Körperteile, im besonderen Nates, Hände, Füße, mit Blasen und Geschwüren besetzt seien. Reinigungsbäder, Öffnen der Blasen, Zinkpaste seien von heilendem Einfluß[1]).

Molluscum contagiosum.

Einen „Beitrag zur Kenntnis des Molluscum seu Epithelioma contagiosum bei deutsch-ostafrikanischen Negern" liefert STOLOWSKY[2]). Die von BATEMAN zuerst gegebene Beschreibung trifft im allgemeinen auch auf die Molluskengeschwülste der Negerhaut zu. STOLOWSKY hat Beobachtungen gemacht, die für die Kontagiosität sprechen:

„Molluskumgeschwülste finden sich bei weitem am häufigsten bei Negerkindern, die bei ihren Spielen ausgiebige Gelegenheit haben, in innige Berührung miteinander zu kommen. Sehr häufig traf ich sie bei ungefähr gleichaltrigen Geschwistern, einmal bei einem Zwillingssäuglingspaar, das von der Mutter im gemeinschaftlichen Ziegenfell auf dem Rücken getragen wurde. Bei Erwachsenen, wo frische Molluskumgeschwülste verhältnismäßig selten sind, fanden sie sich wieder relativ häufig bei Müttern, deren Babys solche Eruptionen aufwiesen. Sehr charakteristisch ist häufig ihr Sitz. Bei Säuglingen findet man sie in der Regel in größerer Zahl auf der Brust und am Leibe; sind die Mütter dann auch behaftet, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit darauf rechnen, die Knötchen am zahlreichsten am Rücken zu finden, wo die Kinder fest angepreßt getragen zu werden pflegen. Einmal sah ich Molluskumgeschwülstchen direkt am Lippenrot eines Säuglings, während die Mutter solche in der Umgebung der Brustwarzen aufwies."

Trotz zahlreichen Fällen hat STOLOWSKY in der Hohlhand und Fußsohle, wo Talgdrüsen fehlen, nie Molluskumknötchen gesehen. In den Talgdrüsen, die beim Neger besonders stark entwickelt sind, vermutet STOLOWSKY Eingangspforten. Molluskum hat er vor allem bei vieh-

[1]) Med.-Ber. f. 1910/11, S. 649. — [2]) Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1910, H. 18. Dort S. 574 auch Beschreibung der Geschwülste.

Digitized by Google

züchtenden Stämmen gesehen. Die als gänzlich harmlos geltende Affektion sei bei den Eingeborenen unter dem Namen „Massunsua" allgemein bekannt. Auch auf den Marschallinseln und in Herberthöhe (Deutsch-Neu-Guinea) ist sie vorgekommen.

Ekzeme.

Es kann nicht befremden, daß die Farbigen auch von infektiösen Ekzemen heimgesucht werden. Die verbreitetste Hautkrankheit in Moschi in Deutsch-Ostafrika ist nach Grothusen ein akutes parasitäres Ekzem, das meist Kinder befällt; die Lieblingssitze sind die Hand- und Fußrücken sowie das Gesäß. Auf den Marschallinseln ist, wie Schwabe im gleichen Jahresbericht (1903/04) schreibt, Ekzem im engeren Sinne selten, häufiger dagegen das parasitäre Ekzem und das Ekzem als Folge bekannter parasitärer Krankheiten, wie Tinea imbricata. Die aus verschiedenen Schutzgebieten gemeldeten Schmutzekzeme sind wohl zum Teil Folge von Infektion und zum Teil von Hautreizung. Bezeichnend für den Farbigen ist, was Wiehe hierüber aus Kilimatinde in Deutsch-Ostafrika schreibt:

„Unbekümmert um seinen von Schweiß triefenden Körper legt sich der Träger z. B. bei der Ankunft im Lager auf die nackte Erde, in den Staub und Schmutz hinein; und ohne zu baden oder sich sonst zu reinigen, geht's am anderen Tage weiter. Etwaige Stiche von Moskitos oder anderen Insekten werden aufgekratzt und so entstehen, durch Schweiß und Schmutz begünstigt, ausgedehnte Ekzeme[1])."

Wiehe wandte dagegen an Waschungen und nachheriges Auftragen von Zinksalbe oder grauer Salbe; auch gelegentlich Anwendung von Jodtinktur erwies sich in den meisten Fällen von guter Wirkung. Aus allen deutschen Schutzgebieten werden Ekzeme bei Farbigen gemeldet. In Kusain (Ostkarolinen) fand Schnee unter den Hautkrankheiten besonders häufig chronisches Ekzem. Auf den Ostkarolinen zählte die Station Ponape 1910/11 unter 2354 behandelten Farbigen 90 = 3,8% an Ekzem leidende. Auf Saipan, einer Insel der Mariannen, sind, wie Girschner auf einer 1903/04 von den Ostkarolinen dorthin unternommenen Dienstreise feststellte, Ekzeme aller Art sehr verbreitet, namentlich auch bei Kindern; nur solche Patienten suchten ärztliche Hilfe, bei denen das Leiden große Ausdehnung gewonnen hatte. Es wurden behandelt:

24	Kranke	mit	Ekzema	squamosum
3	„	„	„	pustulosum
1	Kranker	„	„	vesiculosum
1	„	„	„	papulosum.

[1]) Med.-Ber. 1903/04, S. 74.

Digitized by Google

Vornehmlich pustulöse, ausgedehnte und zu Rezidiven neigende Ekzeme, deren Lieblingsstellen die Extremitäten und Nates waren, zeigten sich bei Eingeborenen in Deutsch-Ostafrika, wie SKRODZKI damals aus Tabora berichtete, auffallend häufig. Ein Ekzema bullosum sah man bei einem Farbigen der Station Käwieng (Deutsch-Neu-Guinea), ein Ekzema seborrhoicum capitis bei einem 5jährigen Hereromädchen in Deutsch-Südwestafrika. Ein Ekzema marginatum beobachtete LENZ aus Bagamojo bei einem Inder, der angeblich schon seit vielen Jahren an heftigem Jucken ungemein lästiger Efflorenszenzen an Stirn und linker Wange litt und schon oft in Behandlung war:

„An der Stirn befand sich eine talergroße, flach erhabene, gerötete und infiltrierte Scheibe, deren Rand durch einen Wall aus kleinen Knötchen gebildet wurde. Darum zog sich noch ein stark pigmentierter Ring. Eine kleinere, sonst gleiche Stelle zeigte sich unter dem linken Auge.

Bei beiden Effloreszenzen wurde der aktive Rand durch den tief eindringenden Glühstift zerstört. Sofort begann eine rasche Rückbildung, heute ist nur noch je eine runde, pigmentarme Hautstelle zu sehen, die ein dunkler Pigmentring umgibt. Jucken oder sonstige Beschwerden sind nach dem Eingriff nicht wieder aufgetreten[1])."

Nach SCHWABE ist auf den Marschallinseln verbreitet die Tylosis plantarum mit ekzematösen Veränderungen der Haut unter den Schwielen; Pyodermien, pustulöse Exantheme, von den Eingeborenen zusammen mit pustulösem Syphilid und krustösen Frambösiepapeln gemeinhin als „dregga" bezeichnet, sind manchmal Folge der Invasion von Milben und Zeckenlarven, die an gewissen Orten in Menge vorkommen. BORN nennt später (1910/11) dieses Ekzem als für die Marschallinseln geradezu spezifisch. Es sei in seiner Grundursache unzweifelhaft parasitärer Natur, nehme aber durch Kratzeffekte, Einwirkung von Salzwasser und Schmutz, Hinzutreten von framboësischen und syphilitischen Hauteruptionen einen mannigfaltigen Charakter an.

Nach SCHWABE sieht man nach parasitären Ekzemen oft an Fuß und Unterschenkel, besonders am Fußgelenk ausgedehnte weiße Hautpartien mit Pigmentinseln darin, was recht wunderlich aussehe. Durch parasitäre Krankheiten werde auf farbiger Haut meist Dipigmentierung und Pigmentverschiebung verursacht, aber unter Umständen auch stärkere Pigmentierung; dasselbe gelte von den Exanthemen der Syphilis und der Framboësie[2]).

Es sei noch ein chronisches Ekzem nach der Schilderung von BRÜNN in Bismarckburg in Deutsch-Ostafrika erwähnt, mit dem sehr viele Eingeborene aus Kassanga, meist Kinder, zur Behandlung kamen:

„Diese Hautkrankheit, von den Negern Upele genannt, hat große Ähnlichkeit mit Prurigo, befällt hauptsächlich die Streckseiten der Extremitäten, die Kreuz- und Steiß-

[1]) Med.-Ber. 1906/07, S. 59. — [2]) Med.-Ber. 1903/04, S. 292 u. 293.

Digitized by Google

beingegend, und die Nates, zeigt große Abschilferung der Epidermis und hinterläßt pigmentierte glänzende Narben. Das Ekzem beginnt mit kleinen, stecknadelkopfgroßen, juckenden Knötchen, die durch Exsudation zu Bläschen werden; durch die Kratzeffekte konfluieren sie und werden durch Verunreinigung zu Pusteln. Diese Pusteln platzen teils von selbst, teils werden sie aufgekratzt, und das Sekret trocknet dann wieder zu bräunlichen Krusten ein. Kommt es zur Heilung, so sieht man an Stelle der früheren Borken zahlreiche glänzende, zackige Narben."

Da sich die Kinder einer regelmäßigen Behandlung nicht fügten, war es sehr schwer, ein richtiges Urteil über diese Erkrankung zu bekommen. Einzelne schienen sich durch Jodtinktur und Perubalsam zu bessern. Viele wurden mit Schmierseife, Salbenverbänden und Sublimatwaschung behandelt; Teerpräparate standen nicht zur Verfügung[1]).

Ulcus cruris.

Schmutz, Infektion und Nachlässigkeit verschulden auch wohl bei den Farbigen die ungemein häufigen und oft überaus schweren Unterschenkelgeschwüre. Wegen der Ausdehnung und der allgemeinen Erschöpfung erforderten sie nicht selten die Amputation, die jedoch meist abgelehnt wurde, so daß der Tod nicht verhindert werden konnte. Dieser erfolgte meist infolge von Erschöpfung durch die hinzukommenden heftigen Durchfälle[2]). Häufig stellte der größere Teil des Unterschenkels eine eitrige Wundfläche vor. Besonders häufig sind bösartige Formen in Deutsch-Ostafrika, wo z. B. 1909/10 von 34984 farbigen Kranken 2126 = 6% an Unterschenkelgeschwüren behandelt wurden. Bezeichnend dafür sind die Erfahrungen von Glatzel im Sewa-Hadji-Hospital (für Farbige) in Daressalam:

„Unter der großen Masse der allerdings zumeist poliklinisch behandelten Hautkrankheiten stellten ausgedehnte, manchmal den ganzen Unterschenkel einnehmende Geschwüre das Hauptkontingent. Da das Verbandmaterial für alle diese Fälle bei weitem nicht ausgereicht hätte, wurde zumeist so verfahren, daß nach möglichster Reinigung der Wundflächen mit scharfem Löffel usw. ein Bepinseln mit Jodtinktur bzw. Perubalsam (āā mit Alkohol) vorgenommen wurde. Die Überhäutung auch schlaffer, großer Unterschenkelgeschwüre ging unter dieser Behandlung ganz gut von statten[3])."

Brückner in Tanga berichtete 1904/05 über ein phagedänisches Geschwür, das die ganze Tibia durchgefressen hatte, so daß bloß etwa 1/4 des Gliedumfangs erhalten war und der Unterschenkel nur noch am Wadenbein und der Wadenmuskulatur hing. Erst als es so weit gekommen war, ließ der Kranke sich herbei, ins Hospital zu kriechen, wo er durch Amputation geheilt wurde. Dort stellte 4 Jahre später Scherschmidt bei einem fünfmarkstückgroßen schmierig belegten Ge-

[1]) Med.-Ber. 1903/04, S. 74 u. 75. — [2]) Med.-Ber. 1907/08 über Deutsch-Ostafrika, S. 84. — [3]) Drei Monate im Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1906. H. 9.

Digitized by Google

schwür über dem äußeren Knöchel fest, daß das ganze Wadenbein bis oben hin und bis auf die Gelenkenden von Eiter umspült war. Es wurde herausgenommen, nach 4 Tagen wurde die Operationswunde geschlossen und auch das Geschwür so weit wie möglich durch die Naht zusammengezogen, worauf glatte Heilung eintrat. Einen eigenartigen Fall aus demselben Schutzgebiete schilderte im Jahre davor der Stationsarzt von Lindi bei einem 12jährigen Jungen, der angeblich seit Jahren an einem ständig fortschreitenden Geschwür des linken Unterschenkels litt:

„Da ihm das Gehen Schmerzen bereitet, kriecht er seit fünf Monaten auf beiden Händen und dem rechten Bein, wobei er das linke Bein im Kniegelenk stark gebeugt in die Höhe hält. Durch diese Nichtbenutzung des kranken Beines haben sich schwere Veränderungen eingestellt. Der Fuß steht in sehr starker Spitzfußstellung, so daß die Fußsohle halb nach oben gerichtet ist. Die Wadenmuskeln sind atrophiert und stark verkürzt. Passive Bewegungen im Fußgelenk sind nur in ganz geringem Grade unter heftigen Schmerzen auszuführen, aktive völlig unmöglich. Dazu beginnen sich Kontrakturen im Kniegelenk zu bilden.

Das Geschwür nimmt die untere Hälfte der Vorderfläche des linken Unterschenkels ein, ist schmierig belegt und hat die Faszien der Streckmuskeln und teilweise diese selbst zerstört."

STIERLING, Stationsarzt von Pangani in Deutsch-Ostafrika, hält in einer großen Anzahl die Beschäftigung bei der Hanffabrikation für die Ursache und glaubt, eine besondere Form des Unterschenkelgeschwürs just als Gewerbekrankheit der Hanfarbeiter bezeichnen zu können:

„Es ist ein überaus bösartiges, schnell trichterförmig in die Tiefe greifendes Geschwür, das bald zur teilweisen Nekrose der Unterschenkelknochen führt. Während in drei derartigen Fällen nach Abstoßung eines (einmal zweimarkstückgroßen, einmal fast fingerlangen) flachen Knochensequesters schnell Heilung eintrat, endete ein vierter Fall mit ausgedehnter Knochennekrose und Fistelbildung am ganzen Unterschenkel, da Amputation verweigert wurde, durch Erschöpfung tödlich."

In allen diesen Fällen handelte es sich um Arbeiter, die bei der Hanfreinigung halbe Tage in einer aus Wasser und Hanfabfällen bestehenden dicken ätzenden Suppe stehen mußten. Auf den Plantagen, wo reichlich Wasser war und die Abwässer schnell verdünnt wurden, kamen solche Geschwüre weniger vor[1]).

Nicht überall im Schutzgebiet scheint das Leiden derart zu hausen. Wenigstens wurden nach MARSHALL 1909/10 in der Station Tabora Unterschenkelgeschwüre von großer Ausdehnung und Bösartigkeit nicht beobachtet. Er hält das verhältnismäßig trockne Klima und die hohe Lage der Ausbreitung solcher Krankheiten, die den feuchten und tiefergelegenen Landstrichen eigentümlich seien, für nicht günstig. Im Bezirk Muansa waren Unterschenkelgeschwüre nicht allzu häufig anzutreffen.

In Kamerun machten 1909/10 die Unterschenkelgeschwüre 4,3%

[1]) Med.-Ber. f. 1904/05, S. 47 u. 48.

Digitized by Google

aller Erkrankungen der Farbigen aus. Aus der Hauptstadt Duala, wo Fußgeschwüre zahlreich in Behandlung kamen, wurde damals über die Gleichgültigkeit gegen das oft weit ausgedehnte Geschwür geklagt, dessen aashaft stinkende Zersetzung, unter Mitbeteiligung der oberflächlichen Sehnen und Muskelschichten, von den Negern ruhig ertragen werde. Das sei bei ihnen nicht der Grund zum Aufsuchen des Hospitals; eine meist geringfügige innere Erkrankung mit leichtem Fieberanstieg flöße oft mehr Angst ein. Doch sah man günstigen Ausgang. Fußgeschwüre, bei denen sämtliche oberflächliche Strecksehnen bloß lagen, deren grünlichgelber, an manchen Stellen brandig schwarzer Belag über das Fußgelenk hinauf auch noch den unteren Teil des Unterschenkels bedeckte, heilten trotz diesen tiefgreifenden Zerstörungen und dem mitunter hohen Alter der Kranken unter rascher Ergänzung des abgestorbenen Gewebes und schneller Besserung der Wunde ab. Im Bezirk Kribi, wo die chronischen Unterschenkelgeschwüre der Farbigen einen sehr erheblichen Teil der poliklinischen und klinischen Tätigkeit in Anspruch nahmen, waren besonders die tropischen Geschwüre, die plötzlich entstehen und dann sich rasch zu stark jauchenden Flächen entwickeln, damals sehr zahlreich. Der Regierungsarzt Dr. Waldow bemerkt im Bericht über Kamerun für 1907/08 als Berichterstatter, daß Unterschenkel- und Fußgeschwüre zu den Erkrankungen gehörten, die täglich zur Behandlung kämen, und unterscheidet 6 Arten. Zunächst nennt er die phagedänischen, dem Hospitalbrand ähnlichen Geschwüre:

„Diese entstehen plötzlich, indem sich unter Fiebererscheinungen eine kleine Blase bildet. Die Blase hebt sich ab, und es tritt ein kreisrunder Defekt mit stinkendem, dunkelgelblichem, zäh schleimigem, mit bräunlichroten Bluteinschlüssen durchsetzter Belag zutage. Der gewöhnlichen Behandlung trotzend, breitet sich das Geschwür rasch aus, wobei es die Hauträndern unterminiert und in der Tiefe Muskeln, Knochen und Sehnen freilegt; oft hat schon nach wenigen Tagen das Geschwür einen Durchmesser von 10 bis 20 cm erreicht."

Als das souveräne Mittel gegen diese Geschwüre nennt er die Karbolsäure, die in Form des Acidum carbolicum liquefactum auf das mit Wattebausch gereinigte Geschwür aufgetragen werde. Sie allein vermöge die furchtbar stinkende Jauchung zu beseitigen und bringe nach 5 bis 9 Ätzungen immer eine gute Granulationsfläche hervor. Die Ätzungen würden anfangs alle Tage, später jeden zweiten oder dritten Tag gemacht. Hin und wieder erfolge die Heilung großer Geschwüre so rasch, daß an den unterminierten Hauträndern Abszesse abgeschlossen würden, die gespaltet und ebenfalls geätzt werden müßten. Der Karbolsäure am nächsten komme Resorzin, während Jodoform, Lysol, Sublimat, B-Naphthol, Kollargol wirkungslos seien.

Als weitere Formen nennt Waldow: die syphilitischen Ge-

Digitized by Google

schwüre, ausgezeichnet durch kallöse Ränder und Beeinflussung durch antisyphilitische Behandlung; die ekzematösen, die unter Lassars Paste am besten heilten; die lupösen, gegen die anscheinend energische Jodoformbehandlung mit Darreichung von Jodkali am besten helfe; die leprösen, bei denen die Ausstoßung kleiner gelblicher nekrotischer Knötchen neben den Leprabazillen charakteristisch zu sein scheine; traumatische Geschwüre infolge von Hautdefekten mit verzögerter Neubildung der Haut, für die plastische Operationen in Frage kämen. — Auch aus dem Bezirk Lomie wurde 1908/09 gemeldet, daß Hautgeschwüre und chronische Unterschenkelgeschwüre ein häufiges Leiden seien und viel Geduld in der Behandlung erforderten. Als die beste Therapie habe sich Auskratzen und Verband mit in Sublimat getränkter Watte erwiesen. Nach 2 bis 3 Tagen waren die Geschwüre meist völlig trocken, so daß Salbenverbände angeordnet werden konnten. Im Bezirk Viktoria, wo wiederholt über die außerordentliche Häufigkeit und Bösartigkeit der Fußgeschwüre bei Farbigen geklagt wird, wurden 1909/10 von den Krankheiten der äußeren Bedeckungen nur die besonders hartnäckigen und unter ambulanter Behandlung nicht zur Heilung neigenden Unterschenkelgeschwüre im Hospital aufgenommen. Die Zahl der Behandlungstage der 30 Patienten betrug 888, so daß auf den einzelnen Fall über 4 Wochen kamen, wobei zu bedenken ist, daß meist bereits eine sehr lange ambulante Behandlungszeit vorausgegangen war, ohne zum Ziel zu führen. Über die Therapie heißt es dort:

„Am besten scheint sich eine Therapie zu bewähren, die im Anfang die oft zögernde Reinigung des Geschwürs energisch unterstützt oder herbeiführt (Auskratzung oder Ätzung mit Karbol oder Jodtinktur) und dann die Granulationsbildung befördert (Jodoform, Dermatol). Im letzten Heilungsstadium, in dem neue Epidermis von den Wundrändern her sich über die frische Geschwürfläche vorschiebt, halte ich Salbenverbände für am meisten empfehlenswert."

Der Regierungsarzt in Viktoria berichtet 1905/06 vom epidemischen Auftreten einer eigenen Art von Fußgeschwüren, die er den sogenannten Zambesigeschwüren vergleicht. Die Häufigkeit der Geschwüre der unteren Extremitäten in Viktoria kennzeichnet eine Bemerkung im Bericht für 1909/10, daß von den 80 farbigen Schülern der dortigen Regierungsschule immer mindestens 20 deshalb in ärztlicher Behandlung seien.

In demselben Jahre kamen in Togo auf der Station Lome auf 3910 kranke Farbige 188 = 4,8% und auf der Station Anecho auf 2709 kranke Farbige 162 = fast 6% Unterschenkelgeschwüre. Verblüffend gegenüber den bisherigen Angaben ist die geringe Zahl dieses Leidens bei den Farbigen Deutsch-Südwestafrikas. Im Bericht für 1910/11 verzeichnet nämlich die Krankenliste nur 1 Unterschenkelgeschwür auf 3142 behandelte Farbige, während auf 4317 behandelte Europäer sogar 16 Fälle

Digitized by Google

kommen, und im Bericht für 1907/08 3 Fälle auf 1843 kranke Farbige. Da Südwestafrika sonst keine Krankenlisten geliefert hat und die anderen seltenen Berichte nichts über dieses Leiden enthalten, ist Genaueres nicht festzustellen. Freilich gibt es dort besondere Umstände, welche die anscheinende Seltenheit dieser Geschwüre verständlich machen. Zunächst sind die Farbigen in Südwestafrika durchweg ganz bekleidet und tragen auch Schuhe, so daß die Haut der Unterschenkel weniger der Verletzung und Infektion ausgesetzt ist. Im Inneren des Landes, mit Ausnahme des feuchteren Nordens, ist ferner vielleicht die äußerst trockene Luft neben der starken Sonnenbestrahlung von Bedeutung, da beides ja dem Gedeihen von Mikroorganismen entgegenwirkt. Wenigstens besteht bei manchen Ärzten die Überzeugung, daß in Südwestafrika deshalb Wunden überraschend leicht und schnell heilen, was mir gegenüber zwar ein lange dort als Chirurg tätiger Militärarzt nach seiner Erfahrung bestritt. (Schluß folgt.)

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

IV.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten beim Heere wird im Kriege naturgemäß mehr noch als im Frieden von dem Prinzip beherrscht, die Erkrankten möglichst bald wieder dienstfähig zu machen [Stern (32), Pautrier (28), Bendig (2)]; ferner muß dafür gesorgt werden, daß die Erkrankten nicht zu Infektionsquellen für die Kameraden und bei der während oder nach dem Kriege erfolgenden Entlassung nicht zu einer Gefahr für die Heimat werden. Für die Erreichung dieser Ziele kommen die Fragen des Ortes und der Art der Behandlung, insbesondere die Stellungnahme zu der symptomatischen oder chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis, sowie der Feststellung der Heilung bzw. Infektions-Unschädlichkeit in Betracht. Soweit es sich um die bei der Demobilisierung zu ergreifenden Maßnahmen handelt, kommen wir in einem späteren Kapitel ausführlich darauf zurück.

Digitized by Google

Neisser (25, 26) äußerte wohl als erster die Ansicht, an der er auch trotz vielfacher Einsprüche festhielt, daß die Behandlung der Geschlechtskranken im Felde, d. h. bei der Truppe selbst, sehr wohl möglich sei, wodurch weniger Leute dem Dienst entzogen würden; daß dabei die Behandlung der Gonorrhoe nicht immer eine gründliche sein würde, gibt er selbst zu, doch könne bei ungenügender Heilung bei der Entlassung Vorsorge getroffen werden. Abgesehen von Beron (4), der eine Behandlung bei der Truppe für chronische Gonorrhoe und Lues latens zulassen will, und Jadassohn (20), der glaubt, daß einfache Fälle auch hier gut abortiv behandelt werden können (beide übrigens sonst prinzipielle Anhänger der Lazarettbehandlung), hält nur Eicke (13), allerdings nach praktischen Erfahrungen im Felde, eine gründliche Behandlung beim Stellungskrieg — von dem jedoch zur Zeit der rein theoretischen Neisserschen Vorschläge noch keine Rede war — ohne Dienststörung für durchführbar. Im übrigen haben diese Vorschläge jedoch die entschiedenste Ablehnung gefunden [Finger (14), Stern (32), Rosenthal (30)]; Zikler (38), selbst an einem Feldlazarett tätig, setzte sofort in ihre Durchführbarkeit die größten Zweifel und zog auch aus dem Bestand der mitgeführten Medikamente den Schluß, daß sie nicht gewünscht werde, Lesser (22) hält sie gleichfalls bei marschierenden und kämpfenden Truppen für unmöglich und sieht darin eine Gefahr für die Entstehung von Komplikationen sowie extragenitalen Übertragungen bei akuten Syphilisfällen.

Demgegenüber wird ganz allgemein, wenn auch mit gewissen Einschränkungen, Lazarettbehandlung für erforderlich gehalten, so von Buschke (10) wenigstens für den überwiegenden Teil der Fälle, und von Lesser (22), der allerdings hinzufügt, daß diese die Leute der Truppe entzieht. Gerade den Geschlechtskrankheiten gegenüber, die man, wie schon einleitend hervorgehoben, als im allgemeinen vermeidbar betrachtet, ist das Bestreben, die mit ihrer Behandlung verbundene Dienstentziehung auf ein Minimum zu beschränken, begreiflich, und aus dieser Erwägung waren auch sicherlich die Vorschläge Neissers entstanden, ebenso wie auf sie der Wunsch Sterns (32) zurückzuführen ist, die Lazarettbehandlung auf die akuten infektiösen Erscheinungen zu beschränken, und sodann eine ambulante spezialärztliche Behandlung mit gleichzeitiger Beschäftigung im Garnisonsdienst anzuschließen. Den Wert der ambulanten Behandlung für die Truppe schätzt Rosenthal (30) gering ein, auch er fordert die Lazarettbehandlung zum mindesten für die Dauer der infektiösen Erscheinungen.

Stimmen auch die meisten Ansichten in der Empfehlung der Lazarettbehandlung im Gegensatz zur Behandlung bei der Truppe selbst überein,

Digitized by Google

und dürfte auch über die Zweckmäßigkeit der Einrichtung von Spezialabteilungen, wie solche von der DGBG (12) gefordert wurden, bzw. Spezialanstalten, in die Brinitzer (9) und Hoffmann (19) die Kranken möglichst überwiesen sehen wollen, die jedoch nach Brandweiner (8) und Pick (29) so groß sein müssen, daß nicht dauernd bei neuem Zugang Verlegungen notwendig werden, die einen unerwünschten Wechsel in der Behandlung mit sich bringen, und wie sie Gaucher (16) in seinem Referat in der Académie de Médicine entsprechend auch für Militär und Zivil vorschlägt, keine Differenz herrschen, so bestehen noch Meinungsverschiedenheiten darüber, ob die betreffenden Anstalten nahe hinter der Front, d. h. also noch im Operationsgebiet, in der Etappe oder im Heimatsgebiet errichtet werden sollen.

Nahe hinter der Front hält v. Veress (34, 35), obwohl er auch die Einrichtung von Spezialabteilungen im Etappengebiet und Hinterland nicht ausschließt, mobile, von Dermatologen geleitete Sanitätsanstalten für zweckmäßig, zu welchen infolge des Stellungskrieges entbehrliche Feld- und Reservespitäler eingerichtet werden könnten; de Napoli (24) fordert Behandlung in Feldlazaretten, nur durch Spezialärzte, keinen Abtransport in die Heimat. Beretvás (3) folgert die Berechtigung der Aufstellung einer Spezialsanitätsanstalt möglichst nahe hinter der Front, wodurch die durch den Transport ins Hinterland verloren gehende Zeit ausgenutzt werden kann, aus den von ihm damit erzielten Erfolgen; er konnte innerhalb drei Wochen als geheilt bzw. diensttauglich entlassen:

an Gonorrhoe erkrankte	62%
an Syphilis erkrankte	25%
an Ulcus molle erkrankte	74%.

Abgesehen hiervon wird der Ort der Behandlung meist von der Art des Erkrankungsfalles abhängig gemacht. So will Pasini (27) auch Blennorrhoe in Feld- oder Landspitälern behandeln, in letzteren auch komplizierte, chronische Formen, die längere Behandlung erfordern, während unkomplizierte im Felddienst bleiben können, im Feldlazarett ferner weiche Geschwüre und Syphilis I und II mit floriden Erscheinungen; latente Luesfälle sollen ambulant, tertiäre Erscheinungen mit energischer prolongierter Kur in der Heimat behandelt werden. Nach Blaschko (5, 6, 7) sollen Marschunfähige und solche, die es leicht werden können, also alle frischen Tripperfälle, Ulcus molle, schwerere Formen lokaler Syphilis in die Heimat, oder mindestens bis in die Etappe abgeschoben, hier auch andere Fälle, am besten in Speziallazaretten behandelt werden. Zieler (38) will die Kranken möglichst bald der Etappe überwiesen und von hier in große Spezialabteilungen geleitet sehen. Beron (4) bringt die Fälle, die

Digitized by Google

nicht an der Front selbst behandelt werden, in ihr möglichst nahe gelegene Feldspitäler, schwerere Syphilisfälle, tertiäre Formen, Bubonen in spezielle, an die lokalen Spitäler angegliederte Abteilungen, von hier eventuell besonders schwere Fälle in die Geschlechtskrankenabteilung in Sofia. Galewsky (15) schildert den für die Versorgung der Geschlechtskranken vorgeschriebenen Weg; sie kommen aus den hinter der Front gelegenen Sammelstellen in ein Kriegs- oder Festungslazarett, aus denen kompliziertere Fälle weiter zurück verlegt werden, die im Heimatsgebiet Erkrankten in ein Reserve- oder Festungslazarett. Touton (33) befürwortet den Rücktransport aller Geschlechtskranken in Heimatlazarette, Pautrier (28) die Errichtung von Zentralstellen in großen Städten eines Distriktes ohne Unterabteilungen in anderen Orten desselben; es sollen mit ihnen, um das ihnen sonst leicht anhaftende Odium zu vermeiden, dermatologische Abteilungen verbunden werden.

Da es bei der Kriegsbehandlung der Geschlechtskrankheiten, wie schon erwähnt, von größter Bedeutung ist, die erkrankten Soldaten möglichst schnell wieder dienstfähig zu machen, ist die Abortivbehandlung, wie Blaschko (7) sagt, noch wichtiger als im Frieden; bei der Wahrscheinlichkeit, daß hier auch mehr Fälle zur rechtzeitigen Kenntnis kommen, als bei der Friedenspraxis, kann mit dieser gegenüber noch verbesserten Resultaten gerechnet werden. Allerdings müßte, wofern es sich um an der Front erkrankte Personen handelt, deren Transport sehr schnell erfolgen, damit nicht der für den guten Erfolg günstige Zeitpunkt versäumt wird [Brandweiner (8)], oder die Behandlung an Ort und Stelle stattfinden, wie das Jadassohn (20), der ebenso wie v. Zeissl (37) und Hoffmann (19) für die Frühbehandlung der Syphilis eintritt, für einfache Fälle für gut durchführbar hält. Daß neben letzteren auch Neisser (26) die Abortivbehandlung der Gonorrhoe (und zwar mit Novinjektolsalbe) dringend empfiehlt, verdient um so mehr hervorgehoben zu werden, als er früher durchaus kein Anhänger der Methode war. Scholtz (31) hält die Novinjektolbehandlung im Felde für undurchführbar.

Neisser (26) glaubt in der Bekämpfung der Syphilis ein Mehr dadurch erreichen zu können, daß er jeden erosiven Prozeß so zu behandeln rät, als ob es Syphilis wäre. Lenzmann (21) schließt sich diesem Vorschlage, den er, wie er sagt, im Frieden ablehnen würde, an, während Jadassohn (20), Rosenthal (30), Brandweiner (8) sich dagegen erklären. Da es im ganzen doch nur vereinzelte Fälle sind, in denen der Spirochätennachweis versagt — ohne diesen sollte von der Abortivbehandlung überhaupt nicht die Rede sein — und von einem abwartenden Verhalten keine dauernde Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, so ist der in den unsicheren Fällen zu erwartende Gewinn tatsächlich nicht groß genug, um die

Digitized by Google

unter Umständen ungerechtfertigte Belastung mit einer Syphilisvergangenheit billigen zu können.

Der Neisserscbe Vorschlag war, wenn auch ihm analoge Anschauungen schon im Frieden gelegentlich geäußert waren, für die besonderen Verhältnisse des Krieges gemacht worden. Für diese erkennt auch Gennerich (17) andere Gesichtspunkte als für die Friedensbehandlung an; ausgehend von der seiner Meinung nach für die wirkliche Heilung der Syphilis erforderlichen intensiven Behandlungsmethode, hält er eine Heilung nur für die Primärfälle für in Betracht kommend, bei den übrigen könne es sich nur darum handeln, die Felddienstfähigkeit wiederherzustellen und Behandlungsmethoden zu benutzen, die für die Dauer des Krieges und, wenn angängig, auch für die weitere Zukunft keinen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf ausüben. Da seine Anschauungen über die Syphilisbehandlung wohl noch keine allzuweite Verbreitung auch in spezialärztlichen Kreisen gewonnen haben, wird es sich bei den meisten behandelnden und begutachtenden Ärzten darum handeln, welchen Maßstab sie an die Ausdehnung der einzelnen Kuren anzulegen und wie weit sie das unter normalem Verhältnis am weitesten verbreitete Prinzip der chronisch-intermittierenden Behandlung im Kriege werden durchführen können Was die Dauer der Kuren anbetrifft, so scheint nicht immer die im Frieden für erforderlich gehaltene Ausdehnung stattzuhaben; Beretvas (3) entläßt die Kranken, sobald sie symptomlos sind, mit der Anweisung, sich, falls sie von Erscheinungen frei bleiben, nach zwei Monaten wieder zu melden, und gibt an, sie dann stets symptomlos gefunden zu haben. Die erste Kur möchte Blaschko (5) möglichst bis zum Negativwerden der WR ausgedehnt sehen, eine neue Kur soll nach ihm (7) nur bei manifesten Erscheinungen vorgenommen werden. Moldovan (23) läßt die Kranken nach der Spitalentlassung intermittierende Kuren machen, deren Anordnung von dem Ausfall der alle drei Monate vorzunehmenden Prüfung der WR in Verbindung mit dem klinischen Befunde abhängig gemacht wird. In dem Ausfall der WR allein sieht Rosenthal (30) keinen Maßstab für Wiederholung der Kur. Ballin und Engwer (1) suchen die Kur vorzunehmen, sobald dazu ohne Schädigung des Dienstes Gelegenheit gegeben ist, um dadurch über die Schwierigkeiten hinfortzukommen, die sich daraus ergeben, daß einerseits das Unterlassen der Behandlung im Latenzstadium die Zahl der Rezidive steigert, andererseits die chronisch-intermittierende Behandlung zu viel Leute der Truppe entzieht. Durchgeführt soll dies werden auf Grund eines bei den Formationen anzulegenden „Syphilisbuches", in das bisheriger Verlauf und Behandlung eingetragen wird; an seiner Hand könnte die Zeit der Ausbildung, des Garnisonsaufenthaltes wegen anderweitiger Erkrankungen und wegen Verwundungen, sowie die Zeit

Digitized by Google

des Stellungskrieges zu Kuren benutzt werden. Diesem Vorschlage liegt ein durchaus gesunder Gedanke zugrunde, der jedoch nur dann hätte fruchtbringend wirken können, wenn die für seine Durchführung erforderlichen Grundlagen von Beginn des Krieges an geschaffen worden wären. Da das nicht geschehen ist, müssen wir uns leider damit abfinden, daß viele Syphilitiker nicht die sonst für wünschenswert gehaltene Behandlung gefunden haben, und müssen die Möglichkeit gewisser, sich daraus für die Zukunft ergebender Schädigungen im Auge behalten.

Möglichst schnell glaubt v. Zeissl (36, 37) die Patienten durch große Gaben Hg und Jod wieder dienstfähig zu machen, zu denen er durch den Krieg gekommen ist, Pautrier (28) wesentlich durch Neosalvarsan, allerdings unterstützt durch Hg. Die reine Salvarsanbehandlung wird von v. Crippa (11) und von Rosenthal (30) ausdrücklich verworfen, übrigens ist, soweit direkte Angaben vorliegen, allgemein von der kombinierten Behandlung die Rede [Ballin und Engwer (1), Beretvas (3), Galewsky (15), Hoffmann (19)]. Scholtz (31) rät mit Rücksicht auf zwei Todesfälle, die er nach Neosalvarsan sah, bei Leuten, die im Felde waren, zur Vorsicht, und empfiehlt es nur für primäre Lues. Neisser (26) empfahl auch für die Behandlung bei der Truppe neben Neosalvarsan intramuskuläre Merzinoleinspritzungen, doch will Blaschko (5) das graue Öl nur bei besonderen Fällen angewandt sehen.

Die Geschlechtskranken möchten Galewsky (15) und Blaschko (7) bis zur völligen Heilung im Lazarett halten, womit auch der eventuellen Weiterverbreitung auf die Familien mit Rücksicht auf die vielen Verheirateten vorgebeugt werden soll. Vor der Entlassung der Gonorrhoiker prüfen Galewsky (15) und Heller (18) die Heilung durch provokatorische Maßnahmen, besonders intravenöse Vakzineeinspritzungen; es werden dadurch Rückfälle seltener. Heller hält dabei die Fieberbewegung nach der Vakzineeinspritzung nicht für charakteristisch, sondern nur das nach 2—3 Tagen erfolgende Wiederauftreten der Gonokokken für maßgebend. Eine weitere Kontrolle der entlassenen Syphilitiker und Gonorrhoiker durch den Truppenarzt wünscht Blaschko (5), doch dürfte davon wohl nicht viel die Rede sein.

Über die Behandlung des Trippers und weichen Schankers liegen keine von den Prinzipien des Friedens abweichenden Mitteilungen vor.

Literatur.

1. Ballin und Engwer, Läßt sich die Luesbehandlung der Kriegsteilnehmer den therapeutischen Prinzipien des Friedens näher bringen? M. m. W., 1917, Nr 2. — 2. Bendig, Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Krieg, mit Berücksichtigung des Württembergischen XIII. Armeekorps. Württ. med. Korr. Bl., 1915, Nr. 19. — 3. Beretvás, Beiträge zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im

Digitized by Google

Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 4. Beron, R., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. Derm. W., 1916, Bd. 62, Nr. 31, 32. — 5. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig, 1915. — 6. Blaschko, A., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1914, Nr. 40. — 7. Blaschko, A., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr 19. — 8. Brandweiner, Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 41. — 9. Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern. M. Kl., 1915, Nr. 17. — 10. Buschke, A., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1914, Nr. 43. — 11. v. Crippa, J. F., Ein Beitrag zum Kapitel: Dermatologische Kriegserfahrungen. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, H. 2. — 12. Deutsche Ges. f. Bek. d. Geschlkr. (DGBG). Ausschußsitzung 18. IV. 1915. Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 550. — 13. Eicke, H., Einiges zur Verhütung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. Kl., 1915, Nr. 24. — 14. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 15. Galewsky, Über die Behandlung geschlechtskranker Soldaten in den Reservelazaretten und die spätere Fürsorge für dieselben. Fortschr. d. Med., 1915/16, Nr. 34. — 16. Gaucher, La lutte contre les maladies vénériennes et la syphilis. La Presse méd., 1916, Nr. 33, 34, 36. — 17. Gennerich, Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 16. — 18. Heller, J., Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvakzinen. M. m. W., 1917, Nr. 22, Feldbeil. — 19. Hoffmann, E., Zur Bekämpfung der Läuseplage und Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Derm. Zschr., 1915, Nr. 4. — 20. Jadassohn, J., Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten im mobilisierten und im Kriegsheer. Schweiz. Korr. Bl., 1915, Nr. 12. — 21. Lenzmann, Die Bedeutung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 7. — 22. Lesser, E., Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 23. — 23. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung b. d. k. k. 2. Armee. Lemberg, Febr. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 24. de Napoli, F., Krieg und sexuelle Fragen. Riforma med., 1916, Nr. 10. (Ref. Derm. W. 1917, Nr. 23.) — 25. Neisser, A., Krieg. Prostitution und Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 1915, Nr. 3. — 26. Neisser, A., Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. D. m. W., 1914. Nr. 33, — 27. Pasini, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Giorn. ital. delle mal. vener., 1915, H. 2. (Ref. Derm.W., 1915, Bd. 61, S. 869.) — 28. Pautrier, Über die allgemeine Organisation der Militärspitäler für Venerische und die angegliederten Abteilungen. Ann. de. Derm. et de. syph., 1916, Nr. 5. (Ref. Derm. Zschr., Bd. 24, H. 8.) — 29. Pick, W., Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1915, Nr 41. — 30. Rosenthal, O., Über einige wichtige Fragen bei der Behandlung geschlechtskranker Soldaten, besonders über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion. Derm. Zschr., 1916, H. 2 — 31. Scholz, W., Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 25. — 32. Stern, C., Die Behandlung geschlechtskranker Soldaten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 16. — 33. Touton, Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Kriege und im Frieden. B. kl. W., 1915, Nr. 1—4. — 34. v. Veress, Fr., Die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 35. v. Veress, Fr., Über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf die Armee im Felde. Derm. W., 1916, Bd. 63, S. 1113. — 36. v. Zeissl, M., Die Syphilisbehand-

Digitized by Google

lung zur Kriegszeit und was soll nach Friedensschluß geschehen, die Zivilbevölkerung vor der Infektion durch venerisch krank Heimkehrende zu schützen. B. kl. W., 1916, Nr. 2. — 37. v. Zeissl, M., Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan; wie sollen wir die Bevölkerung des Hinterlandes gegen die venerischen Krankheiten schützen? W. m. W., 1916, Nr. 21. — 38. Zieler, Zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. D. m. W., 1915, Nr. 1.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Zunahme der Hautpilzerkrankungen beim Menschen und Vieh.

Von

Prof. Dr. C. Mense in Kassel.

Das von allen Seiten gemeldete massenhafte Auftreten der Trichophytie, besonders der Bartflechte, steht zweifellos im Zusammenhang mit den unvermeidlichen Begleiterscheinungen des großen Krieges, wie Seifenmangel, erzwungene Unsauberkeit, gemeinschaftliche Benutzung derselben Wäsche und Kleidungsstücke usw. Galewsky[1]) hat erst in Nr. 16 dieser Wochenschrift darauf hingewiesen.

Zweifellos hat aber die Zunahme der Bartflechte und verwandter Krankheiten schon vor dem Kriege eingesetzt, als die genannten begünstigenden Umstände noch nicht die heutige Rolle spielten.

Für den Kreis meiner fachärztlichen Tätigkeit, Kassel und seine nähere und weitere Umgebung, machte sich das vermehrte Auftreten bereits mehrere Jahre vor Kriegsausbruch bemerkbar und zwar zuerst unter der Landbevölkerung. Es waren atypische, d. h. zum großen Teile nicht durch Trichophyton tonsurans hervorgerufene Erkrankungen oft von erstaunlicher Schwere. So habe ich einen Kranken aus einem entlegenen Gebirgsdorfe zu behandeln gehabt, dessen Halshaut unter dem Kinn derart bretthart infiltriert war, daß der Patient kaum den Mund öffnen konnte und fürchtete, Hungers sterben zu müssen.

Auch andere Hautmykosen, Krankheitsbilder, an Hartnäckigkeit und Vielgestaltigkeit der indischen Dhobie Itch oder Wäscherkrätze, einem Ekzema marginatum mit Trichophyten, Epidermophyten und auch wohl Endodermophyten (Castellani) als Erreger gleichend, traten schon seit etwa einem Jahrzehnt vermehrt auf. Auch unter diesen Kranken liefern Landleute, Vieh- und Fellhändler die meisten Fälle.

Auf Grund meiner Nachforschungen muß ich annehmen, daß für diese Schichten der Bevölkerung ein bisher nicht beachteter Umstand, nämlich die in den letzten Jahren mehr und mehr veränderte Viehhaltung, eine wichtige Rolle spielt. Die fast ausschließliche Stallfütterung hat zum großen Teile dem Weidegange, besonders des Rindviehs, Platz gemacht. Aus guten volkswirtschaftlichen Gründen haben Gemeinden und landwirtschaftliche Behörden und Verbände in dieser Richtung eine rege Werbetätigkeit entfaltet. Aber während vordem das einzelne pilzkranke Stück Vieh, besonders des Kleinbauern, höchstens seinen Stallgenossen gefährlich wurde, tummeln sich jetzt Kälber und Rinder aus den verschiedensten Stallungen zusammen auf Weiden

[1]) Galewsky, Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie. Derm. W., 9. März 1918.

Digitized by Google

und Wiesen und stecken sich gegenseitig an, wodurch wiederum der sich mit ihnen befassende Mensch der Übertragung ausgesetzt ist.

Manchem meiner Kranken, welcher sich den Kopf zerbrach, woher seine Infektion stammen könnte, da er peinlich sauber sei und sich stets selbst rasiere, fiel es wie Schuppen von den Augen, wenn ich auf die Möglichkeit eines solchen Zusammenhangs aufmerksam machte. „Also hat dieser verfl .... Weidegang nicht bloß meine schönen Kälber, sondern auch mich krank gemacht," äußerten sich nicht wenige. Und die meisten teilten mit, daß „Räude", „Grind" und dergleichen unter ihren Haustieren viel häufiger seien als vordem.

Es ist unbedingt erforderlich, daß die dringend nötigen behördlichen Verhütungsmaßregeln gegen Bartflechte usw. auch diese Krankheitsquelle zu verstopfen bestrebt sind.

Wenn demnächst unsere abnehmenden Viehbestände aus dem Osten ergänzt werden sollten, sind veterinärpolizeiliche Maßnahmen in diesem Sinne sicherlich zu erwarten.

Eine andere von den Hautmykosen stark bedrohte Klasse der Bevölkerung sind die Kinder. Schon jetzt mehren sich die Fälle von Kerion Celsi, und ihre regelmäßige und ausdauernde Behandlung mit stark wirkenden chemischen und physikalischen Mitteln wird nicht nur durch die Unkenntnis der Eltern, sondern auch, soweit das Land in Betracht kommt, durch die schlechten Verkehrsverhältnisse oft geradezu unmöglich gemacht.

Wie wird es aber erst werden, wenn die Tausende von heimkehrenden Kriegern ihre Kinder auf die Knie nehmen und die kleinen Köpfchen sich zutraulich an den pilzverseuchten Hals des Vaters schmiegen!

Auch auf diesem Gebiete müssen Schul- und Militärbehörden für Verhütung und Aufklärung sorgen. Sonst werden nach einigen Jahren die ländlichen Volksschulen Brutstätten schwer ausrottbarer Kopftrichophytien sein und lange Zeit bleiben.

Zur Bekämpfung der Bartflechten.

Von

Dr. Caesar Philip in Hamburg.

Die ansteckenden Hautkrankheiten haben während des Krieges beim Militär und bei der bürgerlichen Bevölkerung ohne Zweifel stark zugenommen, und die Militärbehörden, die Kommunalverwaltungen und Krankenkassen haben ein lebhaftes Interesse daran, einem weiteren Umsichgreifen dieser Erkrankungen vorzubeugen. Vor allem sind es Skabies, Furunkulose und Bartflechten, die in vermehrter Zahl auftreten und an einzelnen Orten zu wahren Epidemien geführt haben. Während die Ausbreitung der Skabies und Furunkulose bereits ihren Höhepunkt überschritten zu haben scheint, haben wir meines Erachtens bei den Bartflechten noch mit einem weiteren Ansteigen der Erkrankungszahl zu rechnen, wenn nicht rechtzeitig energische Maßregeln ergriffen werden, und ich möchte daher die folgenden Vorschläge den Truppenärzten und Fachkollegen unterbreiten und sie bitten, zu diesen Vorschlägen in eingehender Besprechung Stellung zu nehmen.

Wenn ich meinen Aufsatz „Zur Bekämpfung der Bartflechten" überschrieben habe, so geschah es in der Absicht, nicht die Heilung der Sykosis zu besprechen, sondern die Prophylaxe der Bartflechten (der staphylogenen wie auch der durch Trichophyton her-

Digitized by Google

vorgerufenen). Dabei muß ich näher auf die Ursachen für das gehäufte Auftreten der Sykosis eingehen.

Die hauptsächliche Ursache ist wohl das enge Zusammenwohnen und Zusammenleben der Bevölkerung während des Krieges. Millionen von Menschen leben und wohnen beim Militär in engster Gemeinschaft, denen vorher in ihrer Wohnung und bei ihrer Beschäftigung eigene und weite Räume zur Verfügung standen. In treuer Kameradschaft teilen sie nicht nur die Leiden und Freuden des Feldzuges, sondern auch oft Eß- und Waschgeschirr, Handtuch und Bettwäsche, benutzen dieselbe Seife und dasselbe Rasierzeug. Ähnlich ist es in den Munitionsfabriken und anderen großen Betrieben, die für den Kriegsbedarf arbeiten und in ihren hygienischen Einrichtungen nicht Schritt halten konnten mit der schnellen Vergrößerung ihrer Betriebe. So ist mir z. B. berichtet worden, daß dasselbe Bett ohne Wechsel der Wäsche hintereinander von verschiedenen Personen benutzt wird. Hinzu kommt, daß die Wascheinrichtungen oft nur äußerst primitiv sind und eine gründliche Körperreinigung kaum ermöglichen. Dazu kommt der Mangel an guter Seife und an Badegelegenheit. Die öffentlichen Badeanstalten sind zum Teil geschlossen, in den Privatwohnungen ist die Benutzung der Badewannen durch die Kohlenknappheit beschränkt, und im Heere kann bei der großen Ausdehnung der Kriegsschauplätze und den raschen Vorwärtsbewegungen auch nur den dringendsten Bedürfnissen in dieser Richtung Rechnung getragen werden.

In den Friseurstuben sind an die Stelle der erfahrenen Leute in großem Umfange Lehrlinge und Frauen getreten, die eine peinliche Sauberkeit, die Asepsis des Friseurs, nicht genügend auszuüben wissen, und die feste Kundschaft ist einer fortwährend wechselnden gewichen, so daß ein Einschleppen von Krankheitserregern viel häufiger stattfindet.

Endlich tritt hinzu eine gewisse Leichtfertigkeit bei der Behandlung der Bartflechten. Da außer etwas Jucken und Brennen meist keine größeren Schmerzen empfunden werden, so versucht der Kranke bei diesem „kleinen" Leiden zunächst selbst mit Hausmitteln oder den Medikamenten des Kameraden oder Kollegen sich zu heilen. Als Kuriosum mag hier erwähnt werden, daß als Volksmittel das Auftragen von Fensterschweiß auf die Trichophytieplaques benutzt wird. Leider wird aber auch vom Arzte in vielen Fällen mit irgend einer Salbe, Tinktur oder einem Spiritus, der gerade in einer medizinischen Zeitschrift empfohlen ist, lange Zeit behandelt, bis endlich der Kranke, wenn gar keine Heilung eintreten will und der Zustand ein ganz schwerer geworden ist, dem Dermatologen zugeführt wird.

Aus der Erkenntnis der Ursachen ergeben sich die Mittel zur Bekämpfung der Bartflechten von selbst. Ich fasse sie kurz in die folgenden Vorschläge zusammen:

1. Im Heere und in der bürgerlichen Bevölkerung ist das Selbstrasieren während der Kriegszeit möglichst viel zu empfehlen, eventuell durch aufklärende Zeitungsartikel.

2. In Kasernen, Bureaus und Fabriken muß trotz aller Schwierigkeiten mehr auf Hygiene gesehen werden.

3. Den Friseuren sowie den Bartkranken sind Ratschläge für eine gründliche Desinfektion zu geben; es sind ihnen Desinfektionsmittel, Seife, Äther und Spiritus in genügenden Mengen zur Verfügung zu stellen.

4. Die Bartkranken sind vollkommen von dem Besuch der öffentlichen Friseurgeschäfte fernzuhalten, dadurch, daß man ihnen einen bestimmten Friseur zur Verfügung stellt und daß man den Friseuren streng verbietet, einen Kranken oder der Bartflechte Verdächtigen zu bedienen. (Diese Maßregel, die H. C. Plaut in seinem Werke über die Pilzerkrankungen [Mračeк, Handbuch der Hautkrankheiten] bereits empfohlen hat, ist auf meinen Antrag hier in Hamburg eingeführt worden. Die „Einigungskommission

Digitized by Google

hamb. Ärzte und Krankenkassen" und das Medizinalkollegium haben gemeinsam eine Krankenrasierstube eingerichtet. Sie hat einen ungeahnten Zulauf erhalten, so daß die ursprünglich dafür vorgesehenen Räume bald nicht mehr reichten, und sie hat bereits viel Gutes in der Bekämpfung der Bartflechten geleistet.)

5. In Kasernen, Fabriken usw. muß für eine Aufklärung der Leute über die Verbreitung und Bedeutung der Bartflechten gewirkt werden. Es muß darauf hingewiesen werden, daß nur eine rechtzeitige, sachgemäße Behandlung schnelle Heilung verspricht, daß ein Verschleppen die Krankheit zu einem unendlich hartnäckigen, lästigen Übel macht und die Umgebung und Familie gefährdet. (Eine große Zahl von Urlaubern hat bereits auf ihren Besuchen die Familie angesteckt.)

6. Eine jetzt vorzunehmende, eventuell nach längerer Zeit zu wiederholende Untersuchung der Truppen und der Arbeiter hätte die zahllosen Kranken, die ohne Behandlung umherlaufen, dem Arzte zuzuführen und eine Statistik aufzustellen.

7. Truppenärzte und Krankenkassenärzte wären anzuhalten, daß sie die Bartkranken schnellstens den Lazaretten oder den Fachärzten überweisen, ohne erst lange mit untauglichen Mitteln eine Behandlung zu versuchen.

Wenn die Forderung nach einem Krankenfriseur sich hier in Hamburg so leicht und schnell erfüllen ließ, so zweifle ich nicht, daß auch meine übrigen Vorschläge durchführbar sind und ein weiteres Umsichgreifen der Bartflechten verhüten würden.

Auf die Heilungsmethoden der Sykosis, die Therapie des einzelnen Falles bin ich hier nicht eingegangen, aber ich darf die Dermatologen wohl bitten, auch hierüber und über meine Vorschläge eine breite Diskussion zu eröffnen. Vielleicht ergäbe sich aus den Erfahrungen vieler eine einfache, sichere Therapie mit Mitteln, die noch reichlich vorhanden sind.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1917, Bd. 58, H. 3.

Hautkrankheiten und Syphilis im Kriege, ihre militärische und soziale Bedeutung, von FERDINANDO DE NAPOLI. Die Arbeit ist insofern interessant, als sie uns mit den von den unseren stark abweichenden Grundsätzen bekannt macht, die im italienischen Heere bei der Behandlung der Venerischen befolgt werden. In der Einleitung finden sich einige charakteristische Sätze: „Der Krieg hat die Italiener hinsichtlich der Maßregeln gegen die Geschlechtskrankheiten ganz unvorbereitet getroffen. . . . Aber auch die Deutschen, die sich seit 40 Jahren darauf vorbereiteten, Europa anzugreifen, und die es mit Fleiß und Mühe erreicht haben, die Typhusbazillenträger (LUSTIG) aus den Ländern, die der Schauplatz der so lang vorbereiteten Tragödie werden sollten, zu entfernen, sind nicht genügend zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gerüstet gewesen. Sicherlich glaubten die Schwärmer von Mitteleuropa an einen kurzen Eroberungskrieg und meinten deshalb diese Vorsichtsmaßregeln vernachlässigen zu können." Erst im Mai 1916 wurde die grundsätzliche Behandlung der Geschlechtskranken durch Spezialärzte und in Speziallazaretten eingeführt. Die Intendenza Generale bestimmte: alle Venerischen sollen ambulant behandelt werden, mit Ausnahme der komplizierten Fälle, die Lazarettbehandlung erfordern. Die Ambulanten müssen allen Dienst versehen, soweit es ihr Zustand erlaubt, und müssen auch am Kampfe teilnehmen. Sie sollen streng überwacht werden, damit sie nicht andere anstecken. Handelt es sich um kontagiöse Manifestationen der Syphilis, so erfolgt Aufnahme in ein geeignetes Pflegelokal. Die in Lazaretten Behandelten müssen nach der Heilung zur Front zurückkehren. Der Verf. findet auf Grund zweijähriger Erfahrung im Kriegsgebiet, daß diese Grundsätze für die Blennorrhoiker und Ulcus molle-Patienten ohne Schaden durchzuführen sind. Es gelingt, etwa 70 % akuter Blennorrhoe zu heilen, nur in 30 % treten Komplikationen ein, was den Friedensprozentsatz von 25 nur wenig übertrifft.

Digitized by Google

Molluscum contagiosum, von VINCENZO DIAMARE. (1 Tafel.) Verf. hatte Gelegenheit, Molluscum cont. bei Alauda cristata zu untersuchen. Der Vergleich der histologischen Verhältnisse des Vogelmolluskums mit dem menschlichen ergab, daß es sich hier wie dort um den gleichen pathologischen Vorgang handelt. Nur sind die Molluskumkörperchen beim Vogel kleiner und von ganz homogenem Aussehen, außerdem enthalten sie Elemente, die sich mit Osmium schwärzen. In den menschlichen Molluskumkörperchen, die doppelt konturierte Säckchen darstellen, erfüllt mit einem Konglomerat einer glasigen Substanz, in deren Zwischenräume stark färbbare — daher vom Verf. als chromatophile Substanz bezeichnet — Elemente eingelagert sind, fehlt diese osmierbare Substanz. Verf. lehnt die Ansicht einiger Verfasser, daß die Zelldegeneration bei Moll. cont. vom Kern ausgehe, ab, weil die Kerne noch lange wohlerhalten sind, wenn das Protoplasma schon degeneriert ist. Die glasige Substanz ist nach ihren Reaktionen als Keratin anzusprechen, die chromatophile Substanz steht vielleicht im Zusammenhang mit den chromatophilen Substanzen des normalen Zellplasmas, keinesfalls entspricht sie dem Keratohyalin der Verfasser, noch hat sie irgend etwas mit dem mutmaßlichen Erreger zu tun. Elemente, die als solche aufzufassen sind, beobachtete Verf. nirgends, dagegen fand er in den Schnitten des Vogelmolluskums in der Umgebung der Körperchen und in den Blutgefäßen nur mit Giemsa färbbare Diplobazillen, die er nicht als einfache Saprophyten ansehen will.

Ein Fall von Orientbeule, von PIETRO STANCANELLI. Das Interesse des Falles liegt darin, daß gleichzeitig zwei Beulen sich entwickelten, eine an der Nase, die andere auf dem rechten Vorderarm. Letztere erwähnte Patient, da er sie für einen einfachen Furunkel hielt, niemals, und da die Effloreszenz an der Nase, durch verschiedene therapeutische Maßnahmen irritiert, jedes charakteristische Gepräge verloren hatte, wurde die Diagnose erst nach Jahren und erst dann gestellt, als man die zweite Beule am Arme entdeckte, in deren Abstrich wirklich Leishmannia gefunden wurde. Abheilen unter feuchten Verbänden, Röntgenstrahlen hatten ganz versagt. Nach Aussage des zuverlässigen Patienten war die Effloreszenz an der Nase im Anschluß an einen Mückenstich entstanden, und ein zweiter Stich derselben Mücke ist wohl als Ursache der Beule am Arme anzunehmen.

Heft 4.

Fortsetzung von „Hautkrankheiten und Syphilis im Kriege usw.", von DE NAPOLI. Dagegen gehört nach Verf. die primäre Lues als Beginn einer konstitutionellen Krankheit ins Lazarett, ebenso wegen ihrer Ansteckungsfähigkeit die Schleimhautaffektionen der sekundären Lues, während man sonst Lues II und III wird im Operationsgebiet behandeln können. Für die Behandlung der Verlausung und der Krätze hält Verf. im Operationsgebiet liegende Spezialanstalten für das geeignetste, um eine möglichst energische und möglichst kurze Behandlung zu gewährleisten. Das große Gebiet der anderen, nicht parasitären Hautkrankheiten übergeht der Verf. Nur den artifiziellen schiebt er eine auffallend große Bedeutung zu. Er schlägt vor, um die Nachahmer abzuschrecken, daß die Namen der Betreffenden öffentlich in den Kompanien bekanntgemacht werden sollen, und daß sie selbst in gewissen Abteilungen vereinigt werden, die durchaus nicht aus der vordersten Linie entfernt werden, sondern gerade hier unter strenger Aufsicht und möglichster Heranziehung zum Dienst geheilt werden sollen. Die Ausführungen über die ambulatorische Behandlung der Venerischen und die Prophylaxe enthalten nichts Wesentliches. Verf. empfiehlt, daß jedem Soldaten seine „antivenerische Schachtel" vom Militär geliefert werde, die außer der Metschnikoffschen Pasta, mit der jeder italienische Marinesoldat ausgerüstet ist, antiseptische Seife (Sublimat oder Lysoform) und Protargolpaste enthält.

Über das Verhalten des Urins nach intravenöser Injektion von Salvarsan, von CESARE CAVINA. Die an 50 Patienten mit gesunden Nieren ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß die intravenöse Injektion von Salvarsan in therapeutischer Dosis nur sehr selten das Vorkommen pathologischer Elemente im Urin (Albumen, Sanguis, Zylinder) hervorruft. Dagegen tritt sehr häufig, fast konstant, eine gewöhnlich sehr starke Urobilinurie und häufig Hämatoporphyrin-Ausscheidung auf. Verf. erklärt sich diese Erscheinungen durch eine starke, durch das Salvarsan hervorgerufene Zerstörung von Hämoglobin. Die Urobilinurie verschwindet gewöhnlich nach einer Woche, bisweilen aber auch erst nach 11—12 Tagen.

Ein Fall von Dermatitis factitia, Dermatitis ekzematiformis und Psoriasis, von RAFFAELE RIVALTA. Mittels der Wurzel einer unbekannten Pflanze hatte sich ein

Digitized by Google

Soldat eine bläschenförmige Dermatitis beigebracht, die sich weiter über die irritierte Stelle über den Proc. mastoideus hinaus über das Gesicht, Hals und Schultern verbreitete. Sie heilte auch nicht wie andere ähnliche Fälle in einigen Tagen ab, sondern nach drei Wochen zeigten alle diese Stellen außer den Resten der Dermatitis (die Haut ist dünn, gerötet, an einigen Stellen nässend, an anderen mit blutig-serösen Krusten bedeckt) mit Schuppen bedeckte kleine und größere, bisweilen konfluierende Flecken. Am Körper fanden sich am Rücken, Bauch, in der Glutäalregion, über den Ellenbogen echte Psoriasisflecke verschiedener Größe. Die Anamnese ergab, daß Patient schon einmal an einer der jetzigen ähnlichen Hautkrankheit gelitten hatte. Seine längeren Auseinandersetzungen über den Zusammenhang zwischen der Dermatitis und der Psoriasis faßt Verf. dahin zusammen: Bei einem zu Psoriasis neigenden Soldaten wird durch den Reiz einer irritierenden Substanz und der nachfolgenden Dermatitis ein Psoriasisausbruch hervorgerufen. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Entwicklung des Melanismus der Cymatophora or. F. ab. albingensis Warn nach dem mikroskopischen Bilde, von K. Hasebrock-Hanmburg. (Internat. Entomol. Zschr., 1917, Nr. 21.) Vom Schuppenbalg aus erfolgt die Pigmenteinwanderung in die Schuppe, und zwar bei der albingensis in höchst verstärktem Maße gegenüber der Stammform or. Die Einwanderung der pigmentierenden Potenz aus dem pigmentreichen Schuppenbalg in die Schuppen ist das eigentliche Endstadium der Entwicklung des makroskopischen Melanismus der Cymatophora or. ab. albingensis.

O. Gans-Karlsruhe.

Mikroskopische Technik.

Über Paschensche Körperchen, von Paschen. (Ärztl. Ver. Hamburg, April 1917.) P. ist es gelungen, in den Rachenpocken die von ihm als Erreger angesprochenen Elementarkörperchen nachzuweisen. Die Schleimhautaffektionen im Rachen sind diagnostisch von großer Bedeutung, da sie häufig zu einer Zeit auftreten; wo das Exanthem erst im Entstehen ist. E. Brinitzer-Altona.

Über die Verwendung von Farbstiften zur Färbung mikroskopischer Präparate, von Hans Lipp. (M. m. W., 1917, Nr. 21.) Die verwandten Stifte wurden von Paul Altmann-Berlin bezogen. Die Vorzüge der Methode, die tadellose Bilder liefert, sind zahlreich. Man kann die Stifte wie Bleistifte bei sich führen, zur Auflösung braucht man Brunnen- oder Regenwasser. Der Verbrauch der Farbstiftmasse ist ein sehr geringer, der Preis niedrig. A. Witte-Bremen.

Methode zur Sichtbarmachung von Bakterien und Spirochäten, von H. C. Benians. (Brit. m. J., 25. Nov. 1916.) Die Methode besteht darin, die Bakterien nicht, wohl aber den Hintergrund und zwar blau zu färben, ähnlich der Burrischen Tuschemethode. Ein kleiner Tropfen einer 2%igen wässerigen Kongorotlösung wird auf einen Objektträger gebracht und die zu untersuchende Substanz in Form ebenfalls eines kleinen Tropfens mit Hilfe einer Platinöse damit verrieben und dann das Ganze mit dem Rande eines anderen Objektträgers auf dem ersten ausgebreitet. Nach Trocknung wird der Objektträger mit 1%iger Salzsäurelösung übergossen und wieder getrocknet. Man kann mit der Ölimmersion untersuchen. Für Spirochäten soll diese Methode gut geeignet sein.

A. Gunsett-Straßburg.

Bakteriologie.

Bakteriologische und serologische Untersuchungen mit dem Fränkelschen Gasbrandbazillus, von F. Klose. (Zschr. f. Hyg., 1916, Bd. 82, H. 2.) Der Fränkelsche Gasbrandbazillus bildet ein Toxin, dessen Nachweis im Blutserum von an Gasphlegmone erkrankten Verwundeten, in der Exsudatflüssigkeit infizierter Meerschweinchen und in

Digitized by Google

Traubenzuckerbouillonkulturen des Bazillus gelungen ist, und dessen Resorption als Hauptursache des Todes der Versuchstiere und der Menschen angesprochen wird. Das Toxin ist ziemlich thermostabil, es wird durch Einleiten von O und Zugabe von 0,5% Karbol nicht wesentlich geschädigt. Auch Sonnenlicht beeinträchtigt seine Wirksamkeit nach einigen Stunden nicht merklich. Durch subkutane Einverleibung des Toxins konnten die für die Gasphlegmone charakteristischen anatomischen Gewebsveränderungen, durch intraperitoneale ein schweres, unter den Anzeichen der Dyspnoe stehendes Allgemeinkrankheitsbild, eventuell der Tod der Versuchstiere erzeugt werden. Durch entsprechende Vorbehandlung von Kaninchen, Eseln und Pferden gelang es, ein Immunserum zu gewinnen, das bei prophylaktischer und therapeutischer Verabreichung eine wesentliche Erkrankung der Versuchstiere trotz der Infektion mit der dreifach tödlichen Dosis 24stündiger Hirnbreikultur abwendete bzw. bestehende Krankheitserscheinungen zur Rückbildung brachte. Da das Immunserum gegenüber einer spezifischen Intoxikation einen Immunisierungs- und Heilwert aufwies, und da es gelang, Toxin und Antitoxin dem Gesetz der Multipla entsprechend abzusättigen, so wird dasselbe als ein antitoxisches angesprochen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Differentialdiagnose der Gasbranderreger, von Hans Zacherl-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 17.) Zu einer Traubenzuckerbouillon werden einige Tropfen einer Pyronin-Methylgrünlösung zugesetzt, dann sterilisiert und mit Paraffinöl überschichtet. Die zunächst lichtblaue Farbe der Bouillon verschwindet mit der Sterilisierung. Die nun eingesäten anärobischen Mikroorganismen verändern den Nährboden in charakteristischer Weise. Durch Fränkels Bazillus wird er smaragdgrün, durch maligne Ödemkeime rosa bis chrysarobinrot, während der Bacillus putrificus dem Nährboden die Farbe der gewöhnlichen Bouillon gibt. Tetanus bewirkt keine Veränderung der Farbe, Typhus und Paratyphus A färben blau, Bacterium coli grün, Paratyphus B ruft zuerst eine Grünfärbung hervor, welche später in schmutzig violett umschlägt.
H. Vörner-Leipzig.

Die Toxine und Antitoxine der pyogenen Staphylokokken, von V. K. Russ-Wien. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1916, Bd. 18, H. 2.) Die wichtigsten Schlußsätze der eingehenden Arbeit lauten: Die Staphylokokken produzieren ein echtes lösliches Toxin, dessen Inkubationszeit je nach der Applikation verschieden ist. Die mikroskopischen Befunde an den Organen verendeter Tiere zeigen, daß es sich nicht um eine elektive Herzwirkung handelt, sondern um Veränderungen am Blute und den kleinen Gefäßen, die natürlich in lebenswichtigen Organen am ehesten zu schweren Folgen führen. Das in den Bakterienleibern enthaltene Gift ist mit dem löslichen Toxin identisch. Sowohl mit diesem wie mit jenen läßt sich ein Immunserum gewinnen, das antitoxische und antiinfektiöse Eigenschaften besitzt. R. Frühwald-Leipzig.

Bakteriologische Studien über den Lupus pernio und die Hautsarkoide, von Jörgen Schaumann. (Stockholm 1917, P. A. Norstedt & Söhner.) In Lymphknoten von Kranken mit Lupus pernio und Sarkoiden fand der Verf. Staphylokokken, diphtheroide und streptothrigene Mikroorganismen, denen er jedoch keine ätiologische Bedeutung beimessen kann. Tuberkelbazillen fanden sich niemals. Der Verf. ist der Ansicht, daß diese Affektionen jedenfalls nichts mit der Tuberkulose zu tun haben.
H. Vörner-Leipzig.

Über die Morphologie des Flecktyphuserregers, von Eugen Csernel. (W. kl. W., 1916, Nr. 52.) Der Verf. impft mit durch Venäpunktion gewonnenem Blute in 50 ccm 5% Gelatine und 2% Glyzerin enthaltende Bouillon. In der durch die abgelagerten Blutkörperchen gebildeten Bodenschicht entwickelt sich ein Bazillus in der Form von kleinen bipolaren Stäbchen und runden Kugeln. Nach einigen Wochen gehen dieselben in solche über, bei denen die Verbindung der zwei Endteile schmäler geworden ist und die Endteile selbst lang ausgezogen erscheinen. Auf Agarröhrchen überimpft, entwickeln sie wieder die erste Form. In den Läusen konnte der Verf. dieselben Formen finden.
H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Mai 1918 | Nr. 18 | Band 66

Prognose und moderne Behandlung der kongenitalen Syphilis[1]).

Von

Dr. Fred Wise,

Instruktor für Dermatologie und Syphilis an der Columbia University und Leiter der Derm. Poliklinik am Mt. Sinai und Beth Israel-Hospital in New York.

(Übersetzt von W. Lehmann, Stettin, z. Z. Zittau i. Sa.)

Gleich von Anfang an möchte ich betonen, daß sich die Unterlagen dieser Arbeiten hauptsächlich auf die Untersuchungen anderer gründen, die Gelegenheit gehabt haben, zahlreiche Fälle kongenitaler Syphilis zu behandeln. Diese Untersucher haben als Assistenten oder Leiter großer Kliniken hier und im Auslande Gelegenheit gehabt, Erfahrungen zu sammeln und ihre Befunde zu veröffentlichen. Sie hatten nicht nur die Möglichkeit, ihre kongenital-syphilitischen Fälle antiluetisch zu behandeln, sondern auch weiter zu verfolgen und die Wirkung der Behandlung zu beobachten, die sie auf die klinischen und serologischen Erscheinungen ihrer Patienten hatte. Meine eigenen geringen Kenntnisse in dieser Richtung stammen hauptsächlich aus dem Studium der Literatur. Obwohl ich unter dem klinischen Material, mit dem ich täglich zu tun habe, einen großen Prozentsatz Syphilitiker sehe, so stellen doch die Fälle kongenitaler Syphilis nur einen sehr kleinen Anteil dazu.

Im allgemeinen herrscht die Meinung, daß die Resultate, die mit den modernen Behandlungsmethoden bei kongenitaler Syphilis erhalten werden, nicht so gute sind wie bei erworbener Syphilis. Diese Ansicht ist in den letzten Jahren durch mikroskopische und serologische Untersuchungen bei Erbsyphilitikern noch gestützt worden. Aus der Arbeit von E. Welde (1) geht jedoch hervor, daß neuere Untersuchungen in dieser Richtung gezeigt haben, daß man bedeutend optimistischer sein kann. So z. B. wurde in früheren Jahren die Prognose nur bei an der Brust genährten Kindern für gut gehalten. Heute kann man schon sagen, daß auch künstlich ernährte Kinder gedeihen und Wohlergehen zeigen, solange die übrigen Begleitumstände günstig sind (Finkelstein).

[1]) Vortrag gehalten in der Bronx u. Med. Society am 15. März 1916. (N. Y. Med. J.)

Digitized by Google

Auch die kongenitale Syphilis hat genau wie die erworbene Syphilis von den neuen Entdeckungen in der Bakteriologie, Serologie und Behandlung der Krankheit Vorteile gezogen. Die guten Resultate, die man heute bei der Behandlung der kongenitalen Syphilis erhält, verdanken wir zum Teil diesen Entdeckungen, außerdem allerdings auch der genauen Kenntnis über die Prinzipien der Kinderernährung und der allgemeinen Pflege luetischer Kinder.

Behandlung.

Die Stigmata und Erscheinungen, an denen kongenitale Syphilis zu erkennen ist, sind oft beschrieben worden. Nach Stellung der Diagnose ist der erste Schritt, sobald wie möglich gegen die Spirochätenseptikämie vorzugehen, mit der gleichen Energie und Schnelligkeit, wie wir sie in Fällen frischer Syphilis bei alten Leuten für notwendig erachten.

Neben der spezifischen Behandlung müssen wir uns jedoch auch der Notwendigkeit bewußt sein, alle unsere Anstrengungen darauf zu richten, daß auch die Ernährungs- und andere funktionelle Störungen behoben werden, die die Kinder haben können und in der Mehrzahl der Fälle auch meist haben. Wenn irgend möglich, sollte die Mutter ihr Kind selbst nähren. Ist dies nicht durchführbar aus dem einen oder anderen Grunde, so ist (darin stimmen die meisten Autoren in Europa überein) eine Amme einzustellen, die nachweislich Syphilis gehabt hat. Diese Amme muß sich darüber im klaren sein, daß sie ein syphilitisches Kind zu säugen hat. In Fällen, wo die Mutter fraglos aktive Syphilis, aber ein Kind geboren hat, das anscheinend gesund ist, ist an die Ernährung durch die Brust der Mutter natürlich nicht zu denken. Wenn die Mutter aber entsprechende und genügende antisyphilitische Behandlung vor und während der Schwangerschaft erhalten hat und deshalb nur latent syphilitisch ist, kann man ihr gestatten, ihr Neugeborenes zu säugen. Sollte dieses aber nicht durchführbar sein, so ist eine Amme zu nehmen, die sich im gleichen Stadium der Syphilis befindet (F. Hell).

Bezüglich der an sich bekannten und häufigen Erscheinung, daß eine Frau mit aktiver Syphilis ein anscheinend gesundes Kind gebärt, ist mit Aufmerksamkeit auf die wohlbekannte Tatsache zu achten, daß ein negativer Wassermann beim Neugeborenen Syphilis nicht ohne weiteres ausschließt, und daß Wochen oder sogar Monate vergehen können, bevor sich Krankheitserscheinungen zeigen oder bevor der Wassermann positiv wird. Deshalb müssen wir in allen Fällen, in denen uns bekannt ist, daß die Mutter an Syphilis leidet oder gelitten hat, ein wachsames Auge auf ihren anscheinend gesunden Sprößling haben. Wir müssen häufige und systematische Untersuchungen der Haut und Schleimhäute

Digitized by Google

vornehmen und Blutuntersuchungen in bestimmten Zwischenräumen über eine Zeit von Monaten hinaus.

Lues hereditaria tarda wird von den meisten Autoren als das Rezidiv einer Erkrankung betrachtet, die in früher Kindheit bestanden hat, deren klinische Symptome aber mit oder ohne entsprechende Behandlung rasch wieder verschwunden sind. Als wirkliche Fälle von Lues hereditaria tarda können nur diejenigen angesehen werden, in denen das Kind während seiner ganzen Lebenszeit unter dauernder klinischer und serologischer Überwachung gewesen ist, in früher Kindheit keine klinischen oder serologischen Zeichen der Erkrankung gehabt, aber in späteren Jahren syphilitische Läsionen und einen positiven Wassermann entwickelt hat (Welde). Kaposi, Neumann, Fournier, Heubner und andere leugnen das Bestehen einer wirklichen Syphilis tarda, haben aber die Bezeichnung beibehalten für Fälle, die die ersten Symptome kongenitaler Syphilis in den späteren Kindheitsjahren aufweisen. Sprinz ist der Meinung, daß die Mehrzahl der Fälle, die von den meisten Autoren als Syphilis tarda bezeichnet werden, die ersten Anzeichen der kongenitalen Erkrankung zwischen dem 12. Jahre und den Pubertätsjahren bekommen, und daß Fälle von Spätsyphilis nicht nach dem 3. Jahrzehnt vorkommen.

In früheren Jahren hat man den Versuch gemacht, die Kinder indirekt zu behandeln mittels der Milch der Mutter oder Amme oder mit Milch von Kühen, Ziegen usw., die Quecksilberkuren unterworfen worden waren. Dasselbe Verfahren ist auch mit Salvarsan versucht worden. Taege, Duhot, Neisser, Scholtz, Freund und andere haben dem Kinde auf indirektem Wege durch die Brustmilch der Mutter Salvarsan zugeführt. Jesionek hat ziemlich gute Resultate dadurch erhalten, daß er den Kindern Milch von Ziegen gab, die mit Salvarsan intravenös behandelt worden waren. Immerhin waren diese Resultate ziemlich wechselnd und inkonstant. Danach wurde versucht, das Salvarsan intramuskulär zuzuführen, aber dieser Weg wurde wieder verlassen wegen der entstehenden lokalen Nekrosen. Später wurde die Technik verbessert, so daß von Galewsky, Herxheimer, Schönfeld, Ritter, Schreiber und anderen befriedigende Resultate erhalten wurden. Trotz der Verbesserung der Technik sind jedoch noch immer Nekrosen vorgekommen. Erst seit der Einführung des Neosalvarsans sind diese Widerstände überwunden. Neosalvarsan kann intravenös gegeben werden, wenn hervortretende Venen vorhanden sind und ebensogut intramuskulär im anderen Falle.

Nach F. Hell ist die Behandlung zu beginnen, sobald die Diagnose feststeht. Dabei ist allgemeinen hygienischen Maßnahmen, besonders

Digitized by Google

der Brusternährung, die nötige Wichtigkeit beizulegen. Sublimatbäder und Kalomel innerlich sind verlassen worden, das erste wegen seiner Unwirksamkeit, das zweite wegen der eintretenden Magen-Darm-Störungen. Quecksilber wird mittels Schmierkur oder durch intraglutäale Injektion zugeführt. Die Einreibungen werden täglich gegeben, 6 Tage lang, mit Aussetzen und Ruhe am 7. Tage, und in dieser Weise 4 bis 6 Wochen durchgeführt. Graue Salbe (0,3—0,5 Gramm täglich) wird an Armen, Beinen, Brust und Rücken an aufeinander folgenden Tagen leicht eingerieben; jede Einreibung hat 5—10 Minuten zu dauern. Sublimatinjektionen sind zweimal wöchentlich zu geben in Dosen von 0,003 bis 0,005 Gramm (Sublimat 1,0, Kochsalz 10,0, destilliertes Wasser 100). Sie werden gut vertragen, auch wenn die Glutäalmuskulatur wenig entwickelt ist (M. SCHEER [2]). Salvarsan ist wegen der Gefahr der Nekrosen nicht mehr zu verwenden, darum wird nach vorhergegangener Quecksilberbehandlung Neosalvarsan wöchentlich einmal zugeführt, im ganzen 4—6 Injektionen je 0,005—0,15 Gramm in wenig destilliertem Wasser gelöst. Es wird intravenös in die Schläfenvenen oder intraglutäal eingespritzt (M. SCHEER [2]).

Die Behandlung wird mittels der Wassermannprobe kontrolliert. Es ist viel schwieriger, bei kongenitaler Syphilis einen Wassermann negativ zu machen und negativ zu erhalten als bei erworbener Syphilis. Nach einigen Monaten erhält jeder Fall eine zweite „Kur", die meisten auch eine dritte und einige wenige auch eine vierte. Wenn die Behandlung in dieser Weise gewissenhaft ausgeführt wird, sind die Aussichten für ein syphilitisches Kind weit hoffnungsvoller als mit den früheren Behandlungsmethoden.

In den letzten Jahren hat ERICH MÜLLER (3) in Berlin die Zeit, die er früher bei Kindern mit kongenitaler Syphilis für eine Behandlung für genügend hielt, noch verlängert. MÜLLER gibt jetzt 8 Neosalvarsaninjektionen abwechselnd mit intramuskulären Kalomelinjektionen. Bei Kindern von 2 Jahren und darüber macht er eine Vorbehandlung mit Einreibungen grauer Salbe, abwechselnd mit Kalomelinjektionen. Er hat die Länge der Dauer jedes Behandlungsturnus verlängert, als er es schwierig fand, einen dauernden negativen Wassermann durch die alten Behandlungsmethoden zu erreichen, da bei diesen in vielen Fällen dem negativen Wassermann gar bald ein positiver folgte. Die Absicht war, alle Spirochäten in den ersten ein oder zwei Behandlungskursen zu zerstören. Die bis in die letzten Jahre angewendeten Methoden hatten nicht diesen angestrebten idealen Erfolg. Es ist oft betont worden, wie schwierig es ist, eine dauernde negative Reaktion bei Kindern zu erhalten. Nach MÜLLERS Ansicht ist die Bedeutung des Wassermann für den Verlauf

Digitized by Google

einer Erkrankung von derselben Bedeutung bei syphilitischen Kindern wie bei der erworbenen Syphilis der Erwachsenen. Kongenitale Syphilis ist eben bis dahin einfach nicht genügend behandelt worden, um die erwünschten klinischen und serologischen Resultate zu gewährleisten. Bei Säuglingen verwendet er eine Suspension von Kalomel und Olivenöl, die er intramuskulär gibt. Das Sublimat hat er nicht wirksam gefunden, obwohl die klinischen Erscheinungen verschwanden. Die Medikation per os ist wegen der Magen- und Darmstörungen vollkommen verlassen worden.

Nach Müller besteht ein einzelner Behandlungsturnus aus entweder 12 Kalomelinjektionen kombiniert mit 8 Neosalvarsaneinspritzungen oder aus einer Schmierkur von 6 Wochen Dauer, ebenfalls kombiniert mit 8 Neosalvarsaneinspritzungen. Beide Methoden brauchen eine Zeit von ungefähr 3 Monaten. Nach einer solchen „Kur" von 3 Monaten Dauer werden dem Patienten 3 Monate Ruhe gelassen und dann ein zweiter ähnlicher Turnus gegeben, dem nach einer zweiten Ruhedauer von 3 Monaten ein dritter Behandlungskursus folgt.

Nach dem zweiten Jahre werden Kalomelinjektionen und Quecksilbereinreibungen abgewechselt. Bei Säuglingen vermeidet man besser die Einreibungen wegen der Zartheit der Haut und der Kleinheit der Hautflächen, die für die Einreibung zur Verfügung stehen. Müller verwendet Dosen von 0,001 Gramm Kalomel und 0,015 Gramm Neosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht. Ein Kind, das 4,3 kg wiegt, erhält also 0,004 Gramm Kalomel und 0,07 Gramm Neosalvarsan. Die Einspritzungen werden in den äußeren oberen Quadranten der Gesäßbacken gegeben. Neosalvarsan wird bei Säuglingen intravenös in die Kopfvenen, Beinvenen oder am besten in den Sinus longitudinalis eingespritzt. Nur in Ausnahmefällen gibt man Säuglingen Neosalvarsan intramuskulär. Bei älteren Kindern wird es gewöhnlich in die Muskeln eingespritzt, da die Venen sehr schwer erreichbar sind. Kalomel wird in einer 3—5%igen Olivenölemulsion verwendet. Die graue Salbe wird in der Weise dosiert, daß man auf 10 kg Körpergewicht 1 Gramm rechnet. Ein Kind von 20 kg Gewicht erhält also wöchentlich 6 Einreibungen mit im ganzen 2 Gramm Quecksilber. Die Einreibung der Salbe wird jeweils 20 Minuten durchgeführt.

Jeder Behandlungsturnus beginnt mit Quecksilber, nicht mit Salvarsan, um mögliche toxische Wirkungen infolge der zu schnellen Zerstörung der Spirochäten zu vermeiden. Jede Behandlung endet mit vier aufeinander folgenden Kalomeleinspritzungen oder mit 2 Wochen Quecksilbereinreibungen. Unangenehme Wirkungen für die Nieren sind nicht beobachtet worden, doch rät Müller, den Urin häufig zu untersuchen. Die Kalomelinjektionen werden gut vertragen, ganz besonders bei den

Digitized by Google

an der Brust genährten Kindern. Sie sind nicht schmerzhafter als Sublimatinjektionen. Bei älteren Kindern sind Infiltrationen und kleine Abszesse häufiger; in solchen Fällen ist die Behandlung zu wechseln und Einreibung vorzunehmen: eine Woche Einreibungen an Stelle von zwei Kalomeleinspritzungen.

Die Zahl der einzelnen Kuren richtet sich nach den regelmäßigen Blutuntersuchungen. Der Wassermann wird vor und 8—10 Tage nach jeder Behandlung geprüft. Der Ausfall der Probe vor der Behandlung bestimmt die Intensität und Dauer der folgenden Behandlung. Nach dem ersten negativen Wassermann erhält jedes Kind noch zwei weitere Kuren, auch wenn die Reaktion nicht zu positiv umschlägt. Sollte die Reaktion positiv werden, so ist die Zahl der Behandlungen im Verhältnis zu steigern. Durchschnittlich erhält jedes Kind 3—5 Kuren. Bleibt die Reaktion positiv, so setzt MÜLLER die Behandlung fort, bis sie negativ wird.

Die ganze Behandlung nimmt $1\frac{1}{4}$—$1\frac{1}{2}$ Jahr in Anspruch und besteht aus 3 Kuren, jede von ungefähr 3 Monaten Dauer. Nach dem letzten 3 Monatkursus gibt er eine provozierende Neosalvarsaninjektion. Am 2. und 9. Tage danach wird die Wassermannprobe gemacht, und von deren Ausfall hängt die Frage der Weiterbehandlung ab. In Fällen mit Nervensymptomen wird die spinale Flüssigkeit untersucht. MÜLLER hat bei Kindern, deren Blut negativ war, nie einen positiven Wassermann in der Spinalflüssigkeit bekommen.

Unter Brustkindern sind einzelne plötzliche Todesfälle beobachtet worden; gewöhnlich allerdings bei Kindern, die sehr schwer erkrankt waren und die anscheinend einen plötzlichen Kollaps bekamen. Diese Todesfälle sind ebensooft in den ersten Behandlungswochen, solange nur Quecksilber verwendet wurde, beobachtet worden wie in den folgenden Wochen nach Einwirkung des Neosalvarsans. Daraus scheint hervorzugehen, daß die Medikamente nicht die Ursache des Todes waren, sondern weit eher die Toxine der Spirochäten. Wenn einmal die Anfangskur erfolgreich beendet ist, gedeihen die Kinder gewöhnlich gut ohne weitere Störungen. Zufällige andere Erkrankungen — wie z. B. Grippe — sind für die jüngeren Kinder gefährlich. Es ist beobachtet worden, daß Kinder, die in der Anfangszeit der Behandlung Symptome von seiten des Nervensystems bekamen, keine Besserung dieser Erscheinungen nach den späteren Kuren verzeichneten; einzelne von ihnen verschlimmerten sich sogar. Geistige Störungen sind deshalb schwierig zu behandeln. MÜLLER hat Fälle gesehen, wo Kinder nur leichte Nervendefekte und keine sonstigen Symptome der Erkrankung aufwiesen, Fälle, in denen die Diagnose nur nach dem positiven Wassermann gestellt wurde.

Digitized by Google

In seinen Schlußbemerkungen konstatiert Müller, daß nach seiner Erfahrung die Erbsyphilis heilbar ist, vorausgesetzt, daß die Behandlung intensiv ist und genügend lange fortgesetzt wird.

Soldin und Lesser (4) haben in einem Berliner Krankenhaus eine Reihe von Kindern untersucht, die wegen anderer Erkrankungen als Syphilis zur Aufnahme gekommen waren. Keines dieser Kinder hatte erkennbare Zeichen früherer Syphilis. Rhinitis war nicht ausgesprochen, sehr wenig Hauterkrankungen wurden beobachtet, Kubitaldrüsen waren kaum fühlbar und ebensowenig Schwellungen der Milz und Leber. Viele Patienten zeigten überhaupt keinerlei syphilitische Manifestationen. In der Mehrzahl der Fälle war auch der Wassermann negativ, obwohl der Wassermann der Mütter in allen Fällen positiv war. Für den negativen Wassermann und den Mangel klinischer Symptome bei den Kindern wird folgende Erklärung gegeben: während des intrauterinen Lebens des Kindes gehen immunisierende Substanzen von der syphilitischen Mutter auf die Kinder über, und diese immunisierenden Stoffe verhindern eine weitere Spirochätenübertragung auf das Kind. Selbst in Fällen, in denen der Wassermann bei den Kindern positiv war, waren keine klinischen Symptome zu beobachten. Die Verfasser ziehen aus ihren Studien die Nutzanwendung, daß der Arzt beim geringsten Verdacht auf Erbsyphilis sich nicht mit einer Blutuntersuchung des Kindes allein begnügen sollte, sondern stets eine serologische Untersuchung der Mutter anordnen muß (5).

Strathy und Campbell (6) berichten „Über die Resultate der Behandlung der kongenitalen Spätsyphilis mit Salvarsan". Die Verfasser haben 18 Fälle, von denen die Mehrzahl Knochenerkrankungen hatte, mit Salvarsan behandelt. Gewöhnlich wurden die Injektionen in die Vena basilica mediana oder in die Cephalica mediana vorgenommen, in einzelnen Fällen in die Jugularis externa. Anfänglich wurde jeden Monat eine Behandlung gegeben, später wurden die Einspritzungen jede Woche oder aller zwei Wochen wiederholt. Die Blutuntersuchung wurde 48—72 Stunden nach der Injektion vorgenommen, und kein Resultat wurde als endgültig negativ angesehen, wenn nicht die Blutprobe innerhalb dieser Zeit negativ war. Die Verfasser stimmen mit McDonagh bezüglich der provozierenden Wirkung des Salvarsans überein. Sie geben pro Pfund Körpergewicht 1 ccm einer Salvarsanlösung von 0,6 g auf 300 ccm und 2 ccm einer Neosalvarsanlösung von 0,9 g auf 150 ccm.

Die Wirkung auf den Wassermann war nicht besonders zufriedenstellend, wenn auch immerhin vergleichbar mit der Einwirkung des Quecksilbers. Gummen, Periostitis und Ulzerationen verschwanden sehr

Digitized by Google

rasch; Keratitis heilte schneller als unter gemischter Behandlung und deshalb auch mit weniger Narbenbildung. Die Resultate waren besser als mit Quecksilber, zumal sich ungefähr die Hälfte der Fälle gegen Quecksilber resistent verhielt. Die Verfasser werden hiernach große Dosen von Salvarsan verwenden, selbst bis zur Toleranzgrenze, und die jeweilige Dosis in Zwischenräumen von weniger als 7 Tagen wiederholen. Nur in zwei Fällen wurde der Wassermann negativ, obwohl sich alle Fälle klinisch besserten. Nach ihrer Erfahrung ist die Einwirkung auf den Wassermann um so prompter, je jünger das Kind ist (7).

In einer neuerlichen Veröffentlichung bringt LA FETRA (8) eine Reihe interessanter Beobachtungen bei Erbsyphilis aus New York. Er sagt unter anderem:

Um einen Überblick über die klinischen Erscheinungsweisen von Erbsyphilis bei Kindern zu erhalten, habe ich Krankengeschichten des Bellevue-Kinderhospitals der letzten $2^1/_2$ Jahre durchgesehen. Während dieser ganzen Zeit sind alle Fälle mit verdächtigen Erscheinungen sorgfältig auf Wassermann untersucht worden. Während der Untersuchungszeit kamen 148 Fälle von Syphilis zur Aufnahme. Von diesen handelte es sich bei dreien um erworbene Syphilis, 85 hatten Erbsyphilis, aber waren unter einem Jahr alt, während die restlichen 60 Fälle hereditäre Syphilis hatten und über ein Jahr alt waren. Von diesen 60 Patienten hatten 10 keinerlei Symptome oder klinische Erscheinungen, die irgendwie für hereditäre Syphilis charakteristisch gewesen wären. Ein Kind von sechs Jahren hatte keinerlei Symptome und keinerlei abnorme Zeichen. Sie war nur in das Krankenhaus zur Behandlung geschickt worden, weil sie aus einer syphilitischen Familie stammte und der deshalb vorgenommene Wassermann stark positiv gewesen war. . . . Von den 60 Fällen waren verdächtig oder hatten verdächtige Symptome 21. . . . In keinem dieser Fälle aber waren die Erscheinungen genügend charakteristisch, um bei der Aufnahme eine positive Diagnose stellen zu können. 29 dieser 60 Fälle hatten charakteristische Zeichen hereditärer Syphilis. . . . Der wichtigste Schluß, den man aus der Beurteilung der bei Erbsyphilitischen sich findenden Symptome ziehen kann, ist der, daß eine frühzeitige Diagnose und eine dementsprechende kräftige Behandlung von größter Wichtigkeit für den Patienten ist. In zweifelhaften Fällen kann man, um die frühzeitige Diagnose zu stützen, sich auf einen Wassermann, der von einem kompetenten Untersucher mit allen Vorsichtsmaßregeln angestellt ist, fast absolut verlassen. Es ist außerordentlich selten, daß der Wassermann mit den klinischen Erscheinungen nicht übereinstimmt, und in solchen Fällen ist entweder die Zeitversäumnis schuld, die bewirkt, daß das Blut bei der Ankunft im Laboratorium antikomplementär geworden ist, oder es ist irgend etwas mit den Antigenen, die verwendet wurden, nicht in Ordnung. Je häufiger der Wassermann angestellt wird — besonders in Fällen mit nervösen Symptomen und geistigen Störungen — um so größer ist die Zahl der richtigen Diagnosen und um so größer auch unser Erfolg in der Behandlung dieser schrecklichen Krankheit.

Die Schlußbemerkungen von Dr. LA FETRA sind exakt und bedeutungsvoll.

Prognose.

Bezüglich der Prognose können wenig Leute mit mehr Autorität sprechen als der deutsche Kinderarzt FINKELSTEIN, der feststellt, daß

Digitized by Google

die ungünstige Meinung, die man bezüglich des Schicksals erbsyphilitischer Säuglinge und Kinder im allgemeinen hat, von exakten statistischen Beobachtungen und Untersuchungen keineswegs gestützt wird. Diese Kinder können nicht nur gesund werden, sondern sie können auch beim Heranwachsen sehr kräftige und nützliche Glieder der Allgemeinheit werden. Die Zahl der Schwächlinge und Anämischen ist nicht größer als unter den Kindern, die frei von Syphilis sind. Eine ähnliche optimistische Anschauung haben auch Baginski, Heubner und andere.

Die Mortalität bei Erbsyphilis ist am höchsten während des ersten Lebensjahres und nimmt in den ersten 12 Monaten von Monat zu Monat ab. Kassowitz fand, daß 34% aller erbsyphilitischen Kinder während der allerersten Lebensmonate starben. Werner berichtet, daß von 67 zur normalen Zeit geborenen Kindern 48, d. h. 72% im ersten Jahre starben. In einem Findlingsasyl in Budapest starben von 178 Kindern 80 an kongenitaler Syphilis, d. h. 46%. Für diesen hohen Prozentsatz sind zum Teil die ungünstigen äußeren Umstände, aus denen diese Kinder stammen, anzuschuldigen. Andererseits berichtet Hochsinger 50% Todesfälle bei 283 Kindern mit ungenitaler Syphilis; 14½% von diesen starben im ersten Lebensjahre. Pott hatte in seiner Privatpraxis 21% Todesfälle, in der poliklinischen Praxis nur 8%; aber von diesen letzteren Fällen kamen eine große Anzahl nur einmal zur Beobachtung. Er ist aber der Meinung, daß im großen und ganzen $^2/_3$ der erbsyphilitischen Kinder am Leben bleiben.

Was den Einfluß der kongenitalen Syphilis auf die Mortalität der Brustkinder anlangt, so zeigen die Statistiken von Waldvogel und Süssenguth, daß die Erkrankung bei Säuglingen keine größere Sterblichkeit nach sich zieht als andere Erkrankungen. 19½% ihrer Fälle von Erbsyphilis starben im ersten Lebensjahre, während 18,8% der Brustkinder im ersten Lebensjahre an anderen Erkrankungen als Syphilis zugrunde gingen. Der Unterschied ist so gering, daß er bedeutungslos ist. Peiser ist der Meinung, daß die Sterblichkeit der syphilitischen Brustkinder ebenso sehr auf Ernährungsstörungen wie auf die Syphilis selbst zurückzuführen ist.

Der Tod kann die direkte Folge der luetischen Infektion sein, er kann aber auch durch andere Erkrankungen herbeigeführt werden, die in dem geschwächten Körper der Kinder ungünstiger verlaufen. „Die Kinder sterben," sagt Heubner „nicht durch die Syphilis selbst, sondern an allgemeiner Körperschwäche ohne anatomisch nachweisbare Erkrankungen; eine Magenstörung oder ein Bronchialkatarrh kann zu einer tödlichen Krankheit werden." Die hauptsächlichste Todesursache ist nach Monti Bronchitis und Lungenentzündung. Von 79 Fällen

Digitized by Google

HOCHSINGERS war bei 13 Syphilis die Todesursache, bei 17 Pneumonie, bei 7 Meningitis und bei 8 Darmerkrankungen.

J. NEUMANN fand, daß die Mortalität der Kinder 65% und die Morbidität 70% betrug, wenn die Mutter vor der Konzeption erkrankt war. Fand Infektion und Konzeption zu gleicher Zeit statt, so war die Mortalität 70 und die Morbidität 91%. Bei während der Schwangerschaft erworbener Syphilis war die Mortalität der Kinder 38,8 und die Morbidität 72%. FINGER stellte fest, daß die Mortalität der Kinder 78% und die Morbidität 100% betrug, wenn die Mutter vor dem 5. Schwangerschaftsmonat infiziert worden war. Nach ETIENNE kann die Mortalität der Kinder, die von unbehandelten syphilitischen Müttern stammen, 95% erreichen, wenn aber die Mütter in der Schwangerschaft entsprechend behandelt werden, so fällt der Prozentsatz an Todesfällen der Kinder auf 10.

Nach KASSOWITZ wird die Prognose um so günstiger, je älter das Kind zur Zeit des ersten Auftretens luetischer Erscheinungen ist. DIDAY und ROGER stellten von 172 Fällen in 92 fest, daß die ersten Symptome sich im ersten Monat entwickelten, bei 67 im 3. Monat, bei 7 im 4., bei je 1 im 5. und 6. und bei 4 nach dem 6. Lebensmonat. ROGER gründet seine Prognose auf die klinischen Erscheinungen, die das Kind bei seiner Geburt darbietet. Wird es mit Zeichen aktiver Syphilis geboren, so pflegt es seiner Erfahrung nach im allgemeinen tödlich zu enden; wird das Kind anscheinend gesund geboren und entwickelt syphilitische Erscheinungen wenige Wochen nach der Geburt, so kann eine entsprechende Behandlung es gewöhnlich wiederherstellen. Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Eingeweide sind bei Neugeborenen gleichbedeutend mit frühem Tode.

Bei älteren Kindern sind die Wirkungen der kongenitalen Syphilis von zahlreichen Untersuchern studiert worden. PEISER hat eine Untersuchungsreihe von 101 Kindern veröffentlicht, deren Krankheitsgeschichte er mehrere Jahre hintereinander verfolgen konnte. Seine Schlußfolgerung ist, daß die Prognose bei älteren Kindern keineswegs so ungünstig ist wie sie im allgemeinen angesehen wird. Von 59 Kindern, die bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres unter Beobachtung gehalten worden waren, erfreuten sich 23 ausgezeichneter allgemeiner Gesundheit, 22 weniger guten Allgemeinbefindens, waren aber als gesund zu bezeichnen, und 14 waren in schlechter Verfassung. Sechs von den Kindern waren imbezill (die serologischen Untersuchungen sind nicht angegeben).

Die relative Unschädlichkeit später Erbsyphilis zeigt der Verlauf an zwei Patienten, die ich in der Abteilung von Dr. FORDYCE beobachten konnte. Das eine war ein Mäd-

Digitized by Google

chen von ungefähr 21 Jahren, das mit einer schweren Gesichtsakne zur Behandlung kam, aber sonst anscheinend vollkommen gesund war. Sie war unverheiratet. Wenn sie lachte, konnte man sehen, daß die zwei oberen Schneidezähne tief eingekerbt waren. Ihre Zähne waren so typische Hutchinson-Zähne, daß sie photographiert und das Bild Dr. Mac Kees Sammlung einverleibt wurde. Die Blutprobe ergab eine außerordentlich stark positive Reaktion. Andere syphilitische Stigmata waren nicht vorhanden. Sie weigerte sich, sich einer Behandlung zu unterziehen, und als ich sie zum letzten Male sah, waren die eingekerbten Zähne verschwunden und durch zwei wunderschöne Porzellanzähne ersetzt worden. Im zweiten Falle handelte es sich um eine verheiratete Frau, die ihre beiden Knaben wegen einer Trichophytie des Kopfes zur Poliklinik brachte. Ganz zufällig wurde konstatiert, daß sie ebenfalls ein Paar typische Hutchinson-Zähne hatte. Sie erklärte aber, vollkommen gesund zu sein und sah auch so aus. Sie hatte keine Aborte durchgemacht. Der Wassermann war stark positiv. Das Blut der Kinder war negativ, die Kinder selbst gesund. Auch diese Frau ließ sich, so seltsam es klingt, einen ihrer Schneidezähne durch einen Goldzahn ersetzen, und sie berichtete mir kürzlich, daß sie sich zur Zeit das Geld spare, um auch den zweiten Zahn ersetzen zu können.

Einen sehr lehrreichen Artikel über das Thema: „Syphilisvererbbarkeit und kongenitale Syphilis" hat kürzlich Boardman (9) aus Boston geschrieben, aus dem ich folgende Sätze anzuführen mir erlaube:

Nach den Erfahrungen Engel-Reimers starben so ziemlich alle Kinder, die in den ersten vier Lebenswochen syphilitische Symptome zeigten; von denen, die solche Symptome im zweiten Monat entwickelten, starben $^2/_3$ und ungefähr die Hälfte von denen, die im dritten Monat erkrankten. Nur ungefähr 28% aller erbsyphilitischen Kinder überleben das erste Jahr. Was die Wassermannreaktion beim Neugeborenen anlangt, so geht aus den Statistiken von Müller hervor, daß der Wassermann bei Kindern mit aktiven Symptomen fast immer positiv ist und die einzige Ausnahme nur die Kinder darstellen, die sofort an der Krankheit zugrunde gehen und gewissermaßen gleich, d. h. in ein oder zwei Tagen sterben. Kinder, die anscheinend gesund zur Welt kommen, aber von syphilitischen Müttern stammen, die klinische Zeichen der Erkrankung oder positive Reaktion haben, haben in ungefähr 40% der Fälle positiven Wassermann. Aber bei einer weit größeren Anzahl wird die Reaktion positiv in einigen Wochen oder Monaten, meist mit dem gleichzeitigen Auftreten syphilitischer Erscheinungen. Der Wassermann ist häufiger positiv bei Kindern, die von Müttern mit aktiver Syphilis während der Schwangerschaft stammen, als bei Kindern latent syphilitischer Mütter. Doch ist der Unterschied unerheblich. Kinder von Müttern, die Syphilis gehabt haben, aber zur Zeit der Schwangerschaft negative Reaktion zeigten, haben in nur 12,5% der Fälle positive Reaktion, eine Zahl, die sich etwas erhöht mit dem zunehmenden Alter der Kinder und der Entwicklung aktiver syphilitischer Erscheinungen.

Die Zahl der Reaktionen, die ohne Entwicklung manifester Syphilis negativ bleiben, läßt die Annahme zu, daß diese Fälle Ausnahmen von Profetas Gesetz sind, daß das gesund geborene Kind einer syphilitischen Mutter nie Syphilis erwerben könne, obwohl dieser Satz nicht aufrechtzuerhalten ist, wenn man das Kind während seiner weiteren Lebensjahre verfolgt. Mit anderen Worten heißt das, das Kind einer syphilitischen Mutter ist stets syphilitisch. Bertha Sabin hat im letzten Jahre (1913) eine sehr sorgfältige Arbeit über diesen Punkt geschrieben. Sie schlußfolgert, daß, wenn die Mutter zur Zeit der Schwängerung Syphilis hat oder diese in den ersten fünf Monaten der Schwangerschaft erwirbt, das Kind unter allen Umständen syphilitisch ist;

Digitized by Google

im sechsten Monat ist dies nur wahrscheinlich; nach dem sechsten Monat ist es selten, aber es gibt Ausnahmefälle von Erkrankung des Kindes, auch wenn die Mutter noch später erkrankt ist. Diese späten postkonzeptionellen Fälle sind darum die einzige Ausnahme von PROFETAS Gesetz, und alle anderen Kinder haben eine latente kongenitale Syphilis, auch wenn kein Zeichen der Erkrankung auftritt und der Wassermann Monate hindurch dauernd negativ bleibt. Im klinischen Sinne sind darum praktisch die einzigen Ausnahmen die postkonzeptionellen Fälle. Wir müssen deshalb in solchen Fällen den Wassermann beim Kinde vornehmen und außerdem die Plazenta und die Nabelschnur untersuchen, wenn das Kind frei von Syphilis erscheint (POPPI). Dadurch läßt sich Syphilis in einem großen Prozentsatz der Fälle nachweisen; gelingt dies nicht, und der Fall ist einer der späten postkonzeptionellen Syphilisfälle, so sollte das Kind nicht an die Brust genommen werden, da eine Ansteckung von der Brust aus in solchen Fällen nicht allzu selten ist. Werden die Wassermannproben im späteren Leben der syphilitischen Kinder fortgesetzt, so kann nach den Erfahrungen von CHURCHILL, KELLNER und anderen der Wassermann nach vier bis fünf Jahren verschwinden, trotz des Fortbestehens ausgesprochener syphilitischer Stigmata, pflegt aber in fast allen Fällen wieder aufzutreten mit der Entwicklung aktiver syphilitischer Erscheinungen.

Viele Verfasser legen großen Wert auf die histologischen und bakteriologischen Untersuchungen von Plazenta und Nabelschnur. WERSILOVA hat in 62,5% der Fälle und GRAFENBURG in 50% Spirochäten im Mutterkuchen oder der Nabelschnur gefunden.

ERNST WELDE (10) berichtet, daß von 1902 bis einschließlich 1910 100 Fälle von Erbsyphilis in der Berliner Charité und 296 Fälle in der Poliklinik behandelt worden sind. Da es sich als unmöglich herausstellte, sämtliche 396 Fälle weiter zu verfolgen, hat sich WELDE auf die Endresultate von 100 Fällen — beobachtet in den Jahren 1902— 1904 und 1908 — beschränkt. Trotz der Hilfe der Polizei gelang es WELDE nur in 68% aller Fälle, die Adressen ausfindig zu machen, und von diesen waren 41% tot, 27% konnten zur Nachuntersuchung bestellt werden, während 32% auf die Anfrage nicht antworteten.

Eine zweite Untersuchungsreihe umfaßt 200 Fälle, 100 aus der Klinik und 100 aus der Poliklinik. Die Sterblichkeit betrug 74% von den klinischen Patienten und 30% der Fälle, die in der Poliklinik behandelt worden waren. Diese Statistiken gelten aber nur für Krankenhausfälle, nicht für die Erbsyphilis im allgemeinen. Wenn es möglich wäre, die Fälle der Privatpraxis zu verfolgen, so würde der Prozentsatz an Mortalität erheblich herabzusetzen sein. Die geringe Zahl an Todesfällen unter den poliklinischen Patienten im Vergleiche zu dem hohen Prozentsatz der klinischen Fälle erklärt sich daraus, daß nur schwere Fälle in die Klinik zur Aufnahme gelangen. Armut mit ihren ungünstigen Nebenerscheinungen, schwächlicher Körperkonstitution und schweren Infektionen trägt mit dazu bei, den Prozentsatz auf 74 anschwellen zu lassen. Die 30% Mortalität unter den poliklinischen Fällen waren unnötig hoch, da viele Fälle nur einmal in der Poliklinik vor-

Digitized by Google

gestellt worden sind. Wenn die Eltern, anstatt sich mit Feststellung des Sachverhaltes zu begnügen, ihre Kinder zur fortlaufenden Behandlung wiedergebracht hätten, würden ganz zweifellos viele vom Tode gerettet worden sein.

Interessant sind die Ausführungen Weldes über die Beziehungen zwischen Prognose und der Zeit des ersten Auftretens syphilitischer Erscheinungen. Nach seinem Berichte starben 35% der Kinder, die bei der Geburt Zeichen klinischer Syphilis aufwiesen, 42% derer, die syphilitische Symptome in den ersten Lebenswochen entwickelten, aber nur 1% von denen, die erst im 6. Lebensmonat oder später erkrankten.

Eine vierte Zusammenstellung zeigt den Wert der Brusternährung sehr deutlich. Nur 20% der Brustkinder starben, während die Mortalität der künstlich ernährten Kinder 42% betrug. Besonders deutlich zeigte sich die gute Einwirkung der Ernährung mit Muttermilch in der geringeren Mortalität von 31% der Kinder, die Brusternährung wenigstens für kurze Zeit erhalten hatten.

In einer weiteren Zusammenstellung zeigt Welde die Einwirkung der Behandlung und zieht daraus verschiedene Schlußfolgerungen. Aus seinen Zahlen scheint hervorzugehen, daß die Sterblichkeit weniger von der Art des Medikaments oder der Methode der Behandlung abhängt als von der Energie und Intensität, mit der die Behandlung durchgeführt wurde. Die höchste Zahl an Todesfällen zeigten die Kranken, die die wenigste Behandlung erhalten hatten. Bei der genauen Untersuchung dieser Tatsache fand Welde, daß in der Klinik die schwersten Fälle die wenigste Behandlung erfahren hatten, während das Umgekehrte auf die poliklinischen Fälle zutraf. Bei den klinischen Fällen trat infolge der Schwere der Infektion und der geringen Lebensfähigkeit der Tod ein, bevor es möglich war, eine genügende Behandlung durchzuführen, ganz gleich, welche Methoden angewendet wurden, und unter den poliklinischen Fällen war es der außerordentlich milde Verlauf, der zur Vernachlässigung führte. Es ließ sich nach Welde zahlenmäßig nachweisen, daß von 296 poliklinischen Patienten 114 nur einmal vorgestellt wurden und nie wiederkamen. Er ist der Meinung, daß die Hälfte der Patienten heute noch syphilitisch ist, wenn überhaupt noch am Leben.

An 36 Patienten wurden Untersuchungen hinsichtlich der Heilung und des Fortbestehens der Erkrankung durchgeführt. Als geheilt sieht Welde nur die Fälle an, die weder klinische Zeichen noch einen positiven Wassermann haben. 27 betrachtet er als noch syphilitisch und nur 9 als geheilt. Gegenüber dem Einwurf, daß der negative Wassermann kein absolut sicherer Beweis einer Heilung ist und andererseits bei Erbsyphilis außerordentlich langsam zu verschwinden pflegt, selbst nach

Digitized by Google

mehr als ausreichender Behandlung, erkennt WELDE die Berechtigung des Einwurfes an, ist aber der Meinung, daß wir, solange wir keine Erklärung für die Reaktion haben, ein positives Resultat als Zeichen noch bestehender Syphilis betrachten müssen. Wenn auch nur 9 Fälle als geheilt zu betrachten waren, so genügt doch selbst diese kleine Zahl, um zu zeigen, daß eine Heilung nicht unmöglich ist.

WELDE (1) zieht die Schlußfolgerung, daß aus alledem die Notwendigkeit einer offiziellen Überwachung aller Fälle von Erbsyphilis sowohl in poliklinischer wie Privatpraxis hervorgeht.

Literatur.

1. WELDE, E., Die Prognose und Therapie der Lues congenita, Ergeb. d. inner. Med., 1914, S. 465. — 2. SCHEER, M., Journ. Cutan. Dis., November 1915, S. 777 (Ref.). — 3. MÜLLER, E., Zur Therapie der angeborenen Syphilis, nebst einigen klinischen Bemerkungen. B. kl. W., 4. Okt. 1915. — 4. SOLDIN und LESSER, Zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Säuglinge, D. m. W., 1915, S. 429. — 5. SOLDIN und LESSER, Recognition of congenital syphilis in infants, ibid., 26. Febr. 1915 (ref. im Journ. Cutan. Dis., 7. Juli 1915, S. 544). — 6. STRATHY und CAMPBELL, Amer. Journ. Dis. Children, 2. August 1910. — 7. STRATHY und CAMPBELL, Journ. Cutan. Dis., 1914, Nr. 4 (Ref.). — 8. LA FETRA, Hereditäre Syphilis bei Kindern, N. Y. State Journ. of Med., 3. März 1916, S. 125. — 9. BOARDMAN, Syphilitic Heredity and Congenital Syphilis. Journ. Cutan. Dis., 1914, Nr. 8, S. 445. — 10. WELDE, Zeitschrift für Kinderheilkunde, 15. Mai 1913, S. 451. — 11. WELDE, Journ. Cutan. Dis., 1914, S. 58 (Ref.). — 12. HELL, Dermat. Wochenschrift, 14. August 1915. [Vollständige Zusammenstellung der Literatur findet sich in WELDES Artikel über Prognose und Therapie des Lues congenitalis, Nr. 1.]

Hautkrankheiten bei farbigen Rassen.

Beiträge aus den deutschen Schutzgebieten.

Von

Dr. GUSTAV HEIM in Bonn.

(Schluß.)

Im Bericht für 1905/06 über Herberthöhe auf Deutsch-Neu-Guinea, wo Unterschenkelgeschwüre bei Weißen und Farbigen sehr häufig sind, unterscheidet der Berichterstatter, der Regierungsarzt Dr. WENDLAND, 4 Klassen. Zunächst das echte chronische Unterschenkelgeschwür, das sich auf Grund alter Narben entwickelt. Man sieht nicht selten Farbige mit ausgedehnten, meist pigmentlosen, fest mit der Knochenhaut verwachsenen Narben am Unterschenkel. Durch irgend einen Insult bricht die Narbe auf, und es entsteht ein Geschwür, das schwer heilt. THIERSCHsche Transplantationen sind nach WENDLAND

Digitized by Google

bei Farbigen erfolglos, weil diese beim Fehlen von Schmerz nicht zu mehrtägiger ruhiger Bettlage zu bewegen seien und z. B. höchst ungern Stechbecken benützten, wenn sie zum Abort zu gehen vermöchten. Rezidive seien häufig.

An zweiter Stelle nennt Wendland Unterschenkelgeschwüre auf wahrscheinlich syphilitischer Basis, wie sie Fisch von der Goldküste beschreibe. Sie seien seltener als die vorigen:

„Die Haut der Unterschenkel ist meist mit vielen alten Narben bedeckt. Dazwischen sieht man etwa linsen- bis erbsengroße Erhabenheiten der Haut, die sich rosa verfärbt und allmählich ganz dünn wird. Dann fühlt man diese Stellen weich werden, auf Druck oder nach einem kleinen Einschnitt entleert sich eine gelbliche, gallertige Masse. Wartet man ab, bricht die Haut von selbst auf, und es entstehen multiple, kleine gezackte Geschwüre mit erhabenem Rand, deren Grund mit einer Borke bedeckt ist. In diesem Zustand kommen die Kranken in der Regel zur Aufnahme."

Hier sei Jodkali am Platze; die Heilung verzögere sich durch häufige Nachschübe, und Rezidive seien nicht selten.

Die dritte Art ist nach Wendland das durch „Buschmucker", eine Milbenart (Trombidium), verursachte Geschwür, das stets multipel auftrete. Es entstehe meist bei Leuten, die Busch-Expeditionen mitgemacht hätten, und könne durch Einreibung von Perubalsam verhütet werden. Die Heilung sei langwierig; bei Europäern blieben bräunliche flächenförmige Narben zurück.

Die bei weitem häufigste Art der in Herberthöhe vorkommenden Beingeschwüre ist jedoch nach diesem Berichterstatter das durch irgend eine, meist nicht mehr nachweisbare Verletzung entstandene Fuß- oder Unterschenkelgeschwür:

„Es liegt auf der Hand, daß die nur mit einem Lendentuch bekleideten Arbeiter besonders oft Insulten der unteren Extremitäten ausgesetzt sind, die sich durch Unreinlichkeit oder Infektion durch Insekten (Fliegen) verschlimmern und zur Entstehung von Geschwüren Anlaß geben. Sehr oft kommen ausgedehnte und stark vernachlässigte, übelriechende Geschwüre von torpidem Charakter in Behandlung, deren Heilung zwei bis drei Monate in Anspruch nimmt."

Im Bezirk Rabaul desselben Schutzgebietes, der von Europäern, Chinesen, Japanern, Malaien, Manilas, Samoanern, Fiji-Insulanern, Mikro- und Melanesiern und Bastarden bewohnt wird, sind unter den Krankheiten, die vor allem außerordentlich viele Opfer fordern, an erster Stelle genannt: brandige Beingeschwüre (oft Gasphlegmone).

Bei den Kanaken in Neu-Pommern stand das Unterschenkelgeschwür an der Spitze der Hautkrankheiten und trug häufig einen recht bösartigen Charakter. H. E. Kersten schreibt darüber:

„Wohl alle Kanaken haben einmal daran zu leiden gehabt. So trifft man häufig Leute, die Verstümmelungen (Verlust einer oder mehrerer Zehen usw.) dadurch erlitten

Digitized by Google

haben. Nicht selten führt es, wie die hiesige Erfahrung gelehrt hat, zu tödlichem Ausgang, ein hoher Prozentsatz der in der Geburtenstatistik registrierten Kinder ist scheinbar an diesen ‚Wunden und ihren Folgen' zugrunde gegangen. Und das ist nicht weiter verwunderlich, die Kinder ziehen sich ihre Geschwüre, so bald sie laufen gelernt haben, zu. So ist vielleicht auch die große Sterblichkeit gerade der älteren Kinder zu erklären"[1]).

SIEBERT begegnete dem Ulcus tropicum, das in tiefen diphtheritisch belegten, markstück- bis talergroßen infektiösen Ulzerationen an den Füßen und an der unteren Hälfte des Unterschenkels bestehe, bei seiner Forschungsreise auf Neu-Mecklenburg nur in einem Falle, während in Java und Sumatra die Pflanzungshospitäler mit derartigen Erkrankungen, die allerdings bei geeigneter Behandlung bald abheilten, oftmals überfüllt seien (a. a. O. S. 208).

In Deutsch-Neu-Guinea stand auch noch im letzten Berichtsjahr, nämlich 1911/12, das Unterschenkelgeschwür an Zahl allen anderen behandelten Krankheiten der äußeren Bedeckungen voran. Unter den angeworbenen Arbeitern kamen besonders schwere Fälle selten vor wegen rechtzeitiger Behandlung, bei Neuanwerbungen jedoch wurden Fälle schwerster Art beobachtet. Die Therapie war die gleiche geblieben. Scharfer Löffel, Schere, Bäder brachten in wenigen Tagen völlige Reinigung des Grundes. Jodoform, Jodtinktur, Kampferwein taten weiter gute Dienste. Frambösische Fälle wurden geschmiert, erhielten Jodkali. Unter dieser Behandlung heilten die meisten Fälle in 8 Tagen bis 8 Wochen. Bisweilen wurde Transplantation nötig.

Auf den Westkarolinen, wo 1904/05 die Geschwürkranken wieder sehr zahlreich zur Behandlung kamen und den größten Teil der Arbeitszeit zu ihrer Versorgung wegnahmen, saßen die Geschwüre, die nicht frambösischer oder syphilitischer Herkunft waren, fast ausschließlich an den Beinen. BORN, der dies mitteilt, sah 2 Jahre später eine eigentümliche von ihm bisher noch nicht beobachtete Krankheit bei 2 Männern von etwa 40 Jahren:

„Es handelte sich beidemal um ein Leiden der Fußsohlenhaut, die wie mit einem Locheisen ausgestanzte, runde, markstückgroße Löcher aufwies. Diese atonischen Lochgeschwüre veränderten in Monaten absolut nicht ihre Größe und Form. Ich versuchte, sie zu umschneiden und zu exzidieren, erzielte aber nur, daß ich die Löcher um die gesetzte Wunde vergrößerte. Die Löcher gingen durch die ganze Dicke der Haut bis auf das Zellgewebe und waren nicht sehr schmerzhaft. Keine innerliche, keine chirurgische Therapie half. Zeichen von Lepra oder Tabes waren in beiden Fällen nicht vorhanden."

Möglicherweise handelte es sich hierbei um dieselben „isolierten Sohlengeschwüre", von denen BORN später, nämlich im Bericht für

[1]) Zur Frage des Bevölkerungsrückganges in Neu-Pommern (Deutsch-Neu-Guinea). Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg.

Digitized by Google

1910/11 als Regierungsarzt von Jaluit (Marschallinseln) spricht, die auf den Karolinen und auch auf Jaluit sehr verbreitet seien und die er für frambösische Produkte hält. Buse hält, gegenüber den sehr häufigen syphilitischen Geschwüren, einfache Unterschenkelgeschwüre auf Jap (Westkarolinen) für selten (1907/8, S. 458).

Sandfloh — Kopflaus.

Zellgewebsentzündungen an Zehen und Fußsohlen konnte Glatzel bei den Farbigen des Sewa-Hadji-Hospitals in Daressalâm sehr oft auf vernachlässigte Sandflohwunden zurückführen. Die Sandflöhe, in Deutsch-Ostafrika, Kamerun und Togo eine große Plage, bohren sich durch die Epidermis in das Unterhautzellgewebe ein und verursachen zunächst nur eine etwa erbsengroße, stark juckende umschriebene Zellgewebsentzündung; unter der Haut sind sie als schwarze Pünktchen mit bloßem Auge eben noch sichtbar. Sie sind daher meist leicht zu entfernen, was die Eingeborenen denn auch mit Geschick besorgen. Die Suaheli in Deutsch-Ostafrika heben die Sandflöhe mit kleinen zugespitzten Holzstäbchen sorgfältig heraus, nachdem die Eingangspforte in der Haut sorgfältig erweitert worden ist[1]). Unter den Europäern herrscht die Ansicht, daß gegen Sandflöhe die Eingeborenen allein Spezialisten seien. Es ist dann manchmal nicht zu verwundern, daß sich im Anschluß an solche Entfernungsversuche mit schmutzigen Händen und Nadeln schwere Zellgewebsentzündungen entwickeln. Die Europäer werden nämlich gar nicht selten von den Parasiten heimgesucht, da diese nicht nur bloße Füße befallen, sondern auch durch die Strümpfe der Halbschuhträger dringen[2]).

Nicht immer ist die Beseitigung der Tiere so einfach. Skrodzki aus Tabora berichtete 1903/04 über einen Gefangenen, dem in zwei Narkosen insgesamt, außer vielen zweifelhaften, 161 vollständig erhaltene Sandflöhe nebst ausgedehnten Hautlappen, deren Kutis teils durch sie siebartig durchlöchert und teils durch Konfluenz alter Sandflohgeschwüre weithin zerstört war, und nebst mehreren zugehörigen Zehnägeln entfernt wurden. Schon bald waren die Wundflächen größtenteils übernarbt. Obschon der blinde Kranke die Parasiten zwei Monate lang an den Füßen sich entwickeln ließ, hatten nur seine beiden Schlafraumgenossen einen und zwei Sandflöhe erworben. Durch gründliche Desinfektion des Schlafraums und Vernichtung der Matten, Lappen usw. wurde der Weiterverbreitung vorgebeugt. Aus Kamerun wird 1909/10 geschrieben, die

[1]) Peiper, Der Suaheli-Arzt. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1910, Heft 18. — [2]) Glatzel a. a. O.

Digitized by Google

Häufigkeit der Verstümmelung von Gliedmaßen, hervorgerufen durch Sandflohwunden, spotte jeder Beschreibung. Andererseits waren 1907/08 in Deutsch-Ostafrika die bei weitem meisten Fälle so geringfügig, daß sie weder poliklinisch noch als lazarettkrank geführt wurden. Der Floh wurde entfernt, und der Patient ging der Arbeit wieder nach, ohne wiederzukommen. Freilich kam auch Zellgewebsentzündung mit größerem Zerfall vor.

Vorzügliche Dienste leistete hier die Jodtinktur. Häufig wurden die Sandflöhe nicht entfernt, sondern 3—4 Tage nacheinander die befallenen Stellen mit Jodtinktur bepinselt. Die Flöhe starben und fielen nach und nach mit der umliegenden vertrockneten Haut ab. Nach GLATZEL bringt Abheben der Oberhaut mit reiner Lanzette und Herausspülen des Flohes samt Eiern mit Sublimatlösung oder dgl. in wenigen Tagen Heilung.

Auch bei den Farbigen der Kameruner Schutztruppe wurden die Zellgewebsentzündungen am Fuß häufig durch Sandflöhe verursacht, die in der trockenen Zeit in großen Mengen auftreten. —

In Viktoria in Kamerun wurden 1907/08 sehr häufig Kopfläuse bei Eingeborenen festgestellt; auch im Bezirk Lome in Togo und auf der Station Nauru (Marschallinseln) wurden damals bei Farbigen Läuse gefunden.

Skabies („Kaskas").

Eine Krankheit, der man beim Durchblättern der Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete auffallend oft begegnet, ist die Krätze. Besonders aus verschiedenen Teilen von Deutsch-Neu-Guinea wird ihre Häufigkeit hervorgehoben; sie gehört dort zu den unter den Farbigen am meisten verbreiteten Hautkrankheiten. So waren 1903/04 in Herberthöhe unter 996 Zugängen von Farbigen 73 Fälle = 7,5%[1]). Fast genau ebenso hoch war 1910/11 ihr Prozentsatz in Ponape auf den Ostkarolinen, indem dort von 2374 behandelten Farbigen 176 an Krätze litten. Auf Samoa sah man sie bei Europäern, Samoanern und Chinesen. Auch in Krankenlisten von Deutsch-Ostafrika[2]) und Kamerun ist sie aufgeführt, und aus Togo wird aus den Bezirken Lome und Anecho ihre Häufigkeit bei den Farbigen gemeldet.

Natürlich drängt sich die Frage auf, ob es dieselbe Krätze sei

[1]) 1905/06 litten auf der Station Herberthöhe von 999 kranken Farbigen 41, von 263 kranken Europäern nur einer an Krätze. — [2]) Im Bezirk Muansa wurde monatliche Besichtigung der Schüler der Eingeborenenschule angeordnet, da sie oft an venerischen Krankheiten und Krätze litten. Die dortigen Kettengefangenen wurden wegen der bei ihnen häufigen Krätze jeden Samstag untersucht.

Digitized by Google

wie in Europa; wir fragen nach den Milben. Von diesen habe ich jedoch in den Medizinalberichten nichts gefunden. Das fiel mir auf, und der Zweifel an der Identität steigerte sich durch die Bemerkung im Bericht von 1910/11 über Deutsch-Neu-Guinea, daß dort Krätze „ohne Milbenbefund" sehr häufig sei, und eine andere im Bericht dieses Schutzgebiets für 1911/12, wo von „Südseekrätze (Kaskas)" gesprochen wird. Demgemäß müßte man glauben, daß in der Südsee eine besondere Art von Krätze bestehe, bei der keine Milben vorhanden seien und die man Kaskas nenne. Andere halten jedoch Kaskas für eine Krankheit sui generis, und es werden in Deutsch-Neu-Guinea auch andere Hautkrankheiten, Ekzeme und Geschwüre so benannt. Nach Hoffmann kommt sie sowohl in Verbindung mit Skabies wie auch allein vor. Er macht zwischen beiden folgenden Unterschied:

„Während Skabies in der bekannten Form auftritt — nur pflegt der Juckreiz infolge Fehlens der erwärmenden Kleidung beim Farbigen geringer zu sein —, handelt es sich bei Kaskas um erbsen- bis wallnußgroße, zum Teil konfluierende warzenförmige Granulationen, ähnlich der Frambösie, die durch Verunreinigung dann häufig geschwürig werden. Mit Vorliebe tritt das Leiden an den Extremitäten und den Genitalien auf, verbreitet sich aber auch häufig über den ganzen Körper, verschont dagegen im Gegensatz zur Frambösie stets Gesicht und Kopf. Therapeutisch leisten Sublimatwaschungen, Bäder mit grüner Seife, Ätzungen und Einreibungen mit Perubalsam cum Styrax et ol. olivar. gute Dienste[1])."

Die Wirksamkeit von Perubalsam und Styrax bei Kaskas hebt Hoffmann auch in späteren Jahrgängen hervor, und Siebert, der bei der schon erwähnten Neisserschen Expedition auf Neu-Mecklenburg diese auch dort sehr weit verbreitete Dermatose kennen lernte, meint, daß man wegen der Wirksamkeit der antiskabiösen Mittel sie als Skabies ansprechen könnte. Zudem ist er im Gegensatz zu Hoffmann der Meinung, daß dieser auch das ganze Krankheitsbild der Kaskas gleiche:

„Die Fingerfalten, Hände, vorderen und hinteren Achselfalten, Genitalien sind die Prädilektionsstellen dieser stark juckenden, zahlreich Kratzeffekte aufweisenden, sicher infektiösen Hautkrankheit."

Die zahlreich an den befallenen Stellen, vornehmlich an Händen und Unterschenkeln aufschließenden schlaffen Eiterblasen, wie wir sie bei den sogenannten Pyodermien, den oberflächlichen Staphylokokkeninfektionen der Haut zu sehen gewöhnt seien, hält Siebert für ein akzessorisches, durch sekundäre Infektion der Kratzeffekte herbeigeführtes Symptom. Auch von den Ärzten auf Java werde die Krankheit als Skabies angesehen. An der Diagnose Skabies fehlten nur die Milben. Diese hat er in Batavia, obgleich von vornherein von dem dort viele Jahre an-

[1]) Med.-Ber. f. 1903/04, S. 248 u. 249.

Digitized by Google

sässigen Kollegen KAJSER auf die Vergeblichkeit des Bemühens aufmerksam gemacht, trotz redlicher Mühe niemals finden können. Um so mehr erregte es Verwunderung, als es NEISSER dort in einem Falle einer derartigen Erkrankung gelang, eine Milbe zu finden. Das beweist zwar noch nicht die Identität beider Krankheiten; denn sie könnten ja nebeneinander vorkommen. OTTO DEMPWOLFF will in Neu-Guinea wiederholt Krätzmilben gefunden haben. Ob die dunkle Hautfarbe das Aufsuchen der Gänge und Milben erschwere, sei dahingestellt.

Die Meinung, daß es sich um eine Infektionskrankheit handle, spricht auch WENDLAND in Herberthöhe aus:

„Von den 51 Zugängen an Krätze kamen nicht weniger als 30 von der Station Simpsonhafen. In Herberthöhe selbst kommt unter den dem Gouvernement unterstellten Farbigen diese Krankheit jetzt nur vereinzelt vor. Die Infektion ist dann meist auswärts auf Expeditionen erfolgt. Besonders die neu eingestellten Leute bringen immer wieder frisches Infektionsmaterial mit. Auch die von Ostafrika zurückgekehrten Leute litten bei ihrer Ankunft hier sehr stark an Krätze. Die regelmäßigen Desinfektionen der Schlafdecken und der Lendentücher sämtlicher Soldaten und Arbeiter haben zweifellos auch viel zur Verminderung dieser und anderer Hautkrankheiten beigetragen[1])."

Von den 351 Männern, die SIEBERT, wie schon früher erwähnt, in Neu-Mecklenburg untersuchte, waren 36 = 10% mit dieser Krätze behaftet. Diese Leute lebten frei in ihren Dörfern. Bei den Plantagenarbeitern, die in gemeinsamen großen Schlafräumen hausen, dürfte nach seiner Ansicht die Zahl noch größer sein. Denn auch in Java hatte er eine besondere Häufigkeit in Gefängnissen gefunden, wo die Gefangenen zu 50—60 in gemeinsamen, nicht allzu geräumigen Behausungen untergebracht waren. Hier wurde er noch darauf aufmerksam gemacht, daß die Gefangenen sich selbst mit spitzen Bambusstäbchen gegenseitig die Krankheit übertragen, um ins Gefängnishospital zu kommen, wo sie bessere Verpflegung und größere Freiheit hätten[2]).

Das Leiden soll leicht rückfällig werden. LIESEGANG glaubt an die Möglichkeit, daß diese anscheinenden Rückfälle eine neue Ansteckung vorstellen; der geheilte Mann habe stets Gelegenheit, mit Kranken in Berührung zu kommen und sich neu anzustecken. Bei der größten Sorgfalt sei es nicht denkbar, der Sache Herr zu werden; es müßten denn Untersuchungen, Isolierungen, Desinfektionen der Geräte usw. vorgenommen werden, die stark störend für die Betriebe wären. Nicht selten ziehen nach WENDLAND durch Kratzen entstandene Geschwüre die Heilung in die Länge, und SIEBERT meint, daß die schon von ihm erwähnten oberflächlichen eitrigen Hautinfektionen doch manchmal zu tieferen abszedierenden und phlegmonösen Prozessen führten. In Käwieng

[1]) Med.-Ber. 1906/07, S. 209. — [2]) SIEBERT a. a. O., S. 206.

Digitized by Google

(Deutsch-Neu-Guinea), wo die Krätze bei den Farbigen unter den Hautkrankheiten am meisten und am lästigsten hervortrat, war sie eine der häufigsten Ursachen für Furunkel, Phlegmonen, Sehnenscheidenentzündungen usw., zumal da die Einlieferung fast ausnahmslos erst dann geschah, wenn die Leute von der Krankheit starrten oder durch das fortwährende Kratzen mit den unglaublich unsauberen Händen sich bereits eine jener sekundären Infektionen zugezogen hatten[1]). Liesegang berichtet im Jahresbericht für 1911/12 noch über zwei neue Mittel, Peruglykol und Ristin, die zuerst erprobt wurden. Heilenden Einfluß hätten beide Mittel; den Vorzug möchte er vorläufig dem Ristin geben:

„Nach zwei bis drei Einreibungen ist der Prozeß meist abgelaufen; nur die geschwürigen Stellen bedürfen noch der Behandlung mit Zinkpasta oder sonstigen Mitteln. Auch sie vernarben in kurzer Zeit. Wenn die Erfolge sich weiter so günstig bestätigen sollten, wird das Mittel an den ersten Platz gestellt werden können. Es hat den weiteren Vorzug der Geruch- und Farblosigkeit."

Kro-Kro.

Krankheiten der äußeren Bedeckungen unter diesem Namen fand ich ohne weitere Erläuterung wiederholt angeführt bei den Farbigen Kameruns. Es scheint kein einheitliches Krankheitsbild darunter verstanden zu werden. Im Generalsanitätsbericht über die kaiserliche Schutztruppe in Kamerun für das Jahr 1902/03 (Med.-Ber. f. 1905/06, S. 406) schreibt Heuermann:

„Kro-Kro ist kein Begriff für eine einheitliche Erkrankung. Ich kann nicht angeben, was die Diagnosesteller mit dieser Bezeichnung gemeint haben. Im allgemeinen bezeichnet der Neger die meisten Hauterkrankungen mit Kro-Kro, was unserem Wort Hautausschlag entspricht."

Auch im nächsten Bericht über die farbige Kameruner Schutztruppe wird bemerkt, daß unter der sehr häufig vertretenen Diagnose Kro-Kro kein einheitliches Krankheitsbild zu begreifen sei, während nach dem Bericht für 1905/06[2]) „ein spezifisch tropischer Ausschlag", der unter den Hautkrankheiten die erste Stelle einnehme, als Kro-Kro bezeichnet wird. Bei den Farbigen anderer Schutzgebiete habe ich dieses Wort nie erwähnt gefunden und bei Europäern überhaupt nicht. Das widerspricht der Anschauung von Albert Plehn, der unter diesem Namen eine oberflächlich ulzerierende Krankheit der Unterschenkel versteht, die fast ausschließlich Europäer befalle. Vielleicht gilt diese Benennung für andere Teile Westafrikas. Kurz vorher äußert Plehn eine abweichende Ansicht, daß nämlich dieser dem Wortschatz der Eingeborenen entlehnte

[1]) Med.-Ber. f. 1904/05, S. 204. — [2]) Med.-Ber. f. 1906/07, S. 324.

Digitized by Google

Ausdruck für die verschiedenartigsten Leiden gebraucht werde, die mit Hautjucken einhergehen. Er möchte dies bei den Negern in West-, weniger in Ostafrika häufige Leiden nach F. PLEHNs Vorgang Knötchendermatitis nennen und das Wort Kro-Kro ausschließlich auf jenen eigenartigen papulo-pustulösen Ausschlag beschränken, den O'NEIL zuerst unter diesem Namen beschrieb und der seine Entstehung kleinsten Nematoden in der Haut verdanken solle. Ich weise auf PLEHNs weitere Erörterung in MENSEs Handbuch der Tropenkrankheiten (1914, II. Bd., S. 185ff. u. S. 196ff.) hin. Es wäre zu wünschen, daß die Ärzte unserer Schutzgebiete den Begriff enger zu umgrenzen suchten.

Urtikaria — Purpura rheumatica — Lichen — Ichthyosis — Alopecia areata — Seborrhoea capitis — Furunkulose.

Fälle von Urtikaria, sowohl bei Europäern als auch bei Farbigen, werden aus verschiedenen Schutzgebieten gemeldet. In Anecho in Togo waren 1908/09 urtikariaähnliche Ausschläge mit manchmal kaum erträglichem Juckreiz sehr häufig.

Purpura rheumatica hatte ein Farbiger der Station Nauru (Marschallinseln).

Lichen ruber ist zwar einige Male bei Farbigen erwähnt; doch ist keine Beschreibung geliefert, aus der sein Vorkommen bei ihnen zweifelfrei hervorginge. Eine Hauterkrankung bei einem Geschwisterpaar auf den Marschallinseln, die SCHWABE für Lichen ruber planus ansah, hat er nicht beschrieben und nur kurze Zeit beobachtet. Nach A. PLEHN (a. a. O. S. 247) ist Lichen ruber planus in den Tropen noch nicht beschrieben worden; er hält jedoch das Fehlen für zweifelhaft. Nach SIEBERT (a. a. O.) fehlen in den tropischen Gegenden Indo-Australiens u. a. Lichen ruber, Favus, Pemphigus. E. JEANSELME ist auf seiner Reise durch die indo-chinesische Halbinsel und den Süden Chinas zu der Ansicht gekommen, daß die Gelben vor konstitutionellen Dermatosen, wie Lichen, fast sicher sind, dagegen eine Beute sind der Hautleiden parasitären Ursprungs[1]). Doch beschreibt LEE KIRBY-SMITH im New York med. journ. (1911, 8. Nov.) „an unusual case of lichen planus in a negro". Einen erst seit 2 Tagen bei einem 20jährigen Msukuma-Moschi damals (1904/05) von GROTHUSEN aus Tabora in Deutsch-Ostafrika als Lichen ruber acutus bezeichneten Ausschlag will ich nicht vorenthalten:

„Hauptsächlich auf dem Rücken, über und zwischen den Schulterblättern, sieht man zahlreiche, in Reihen dicht beieinander stehende kleine Knötchen von durch-

[1]) E. JEANSELME, Cours de dermatologie exotique, pag. III u. IV.

Digitized by Google

schnittlich Hirsekorngröße und kupferroter Farbe. Die Knötchen sind von derber Konsistenz, sie bilden taler- bis flachhandgroße Stellen und zeigen keine Schuppung. Nur vereinzelt sind Effloreszenzen an anderen Orten des Rumpfes, auf der Brust und in den Weichen vorhanden. Nur am ersten Tage zeigte der Kranke abends leichte Temperaturerhöhung (37.8°); sonst blieb er stets fieberfrei."

Trotz Arsen verbreitete sich der Ausschlag schnell zwischen und über den Schulterblättern zu einer großen Knötchenfläche, die sich ganz wie Chagrinleder anfühlte, auch an den übrigen Rumpfstellen wurden die Knötchen zahlreicher und erschienen vereinzelt auch auf der Stirn. Nach Aussetzung des Arsens heilte das Leiden in 6 Tagen ohne Schuppen- und Narbenbildung durch Jodkali in Gabe von dreimal täglich 1 g. Das Fehlen des Juckens, der Schuppen und des Erfolgs von Arsen widersprechen einem Lichen ruber und lassen, namentlich wegen der raschen Wirkung des Jodkalis, vielmehr einen Lichen syphiliticus vermuten, obwohl dieser der Involution entgegengehend sich mit einem dünnen Schüppchen zu bedecken pflegt; die Drüsenschwellung ist vielleicht übersehen worden.

Wäre Lichen ruber in den Tropen verbreitet, so müßte er auch häufig zur Beobachtung kommen, da das Jucken die Farbigen gewiß zum Arzt triebe. Vielleicht wird er aber auf der dunkeln Haut oft nicht erkannt oder unter einem Sammelbegriff, wie Ekzem, Kaskas, Kro-Kro, untergebracht.

Lichen tropicus („roten Hund") habe ich in den Berichten nur bei Europäern gefunden. Plehn hat ihn bei Negern nie gesehen, obgleich die Schweißabsonderung bei ihnen nicht geringer ist und der mechanische Reiz der Kleidung nicht fehlt (S. 182).

Ahlbory in Deutsch-Ostafrika beschreibt 1906/07 die seit über einem Jahre und 2 Monaten bei einem etwa 20jährigen Mschagga-Mann bestehende Hauterkrankung, die er als Ichthyosis anspricht:

„Die Krankheit besteht in einer übermäßigen Bildung der obersten Hautschicht, die alle Körperteile, mit Ausnahme des Gesichts, des Handtellers und der Fußsohlen, betraf. Infolgedessen war die Haut auffallend trocken und fühlte sich rauh an, sie erlitt auch durch zahlreiche auflagernde kleine weiße Schüppchen ein eigentümlich schillerndes Aussehen. Am stärksten war die vermehrte Bildung auf der Kopfhaut, die infolgedessen stark verdickt war und einer fingerdicken Lederkappe glich, während der Haarwuchs sehr spärlich war. Außerdem befanden sich stärker ergriffene Partien an beiden Ellenbogen, beiden Schultern und am Rücken über dem Kreuzbein. Außer Jucken der Kopfhaut bestanden keine Beschwerden."

Die am stärksten befallenen Teile wurden mit Jodtinktur bepinselt, die übrigen mit Vaseline bestrichen, worauf nach 5wöchiger Behandlung Heilung eintrat. Als Ahlbory nach 2 Monaten den Mann wiedersah, war außer leichter Schuppenbildung und Trockenheit nichts Auffälliges an der Haut zu bemerken. Was hier zunächst gegen die Diagnose

Digitized by Google

Ichthyosis mißtrauisch macht, ist das kurze Bestehen des Leidens, dessen Anfang wir sonst ja in die früheste Kindheit verlegen. Doch darf man derartige Angaben von Farbigen nicht zu ernst nehmen. Weitere Zweifel hätte AHLBORY verscheucht durch die Bemerkung, ob die gewohnte Felderung der Haut vorgelegen habe. Auf den Westkarolinen wurden 1906/07 2 Fälle einer „ichthyosisartigen Hautkrankheit" mit Perubalsam und Ichthyol āā gebessert. 2 Jahre vorher sah man dort bei einem etwa 10jährigen Japknaben ein Hautleiden, das an Lichen pilaris und Ichthyosis follicularis erinnerte. An den Streckseiten der Ellbogen- und Kniegelenke und am Gesäß war nämlich die Haut glanzlos, trocken, abschilfernd, und wenn man mit der Hand darüberfuhr, hatte man das Gefühl eines Reibeisens.

Dort erwies sich in demselben Jahre eine Alopecia areata im Rezidiv als jeder Behandlung unzugänglich. Interessant war dabei, daß das Rezidiv anscheinend durch Gebrauch einer Kopfbedeckung entstanden war, die lange Zeit nicht mehr getragen, aber während der früheren Alopecia benutzt worden war. Leider ist nicht gesagt, ob es sich um einen Farbigen handelte, ebensowenig, wie bei den gleichzeitig genannten 2 Fällen von Seborrhoea capitis. Bei den farbigen Schülern der Regierungsschule in Garua (Kamerun) trat 1908/09 eine trockene Seborrhoe auf dem Kopfe endemisch auf, da sie sich zweimal monatlich den Kopf rasieren ließen, wodurch die infektiösen Keime immer von einem auf den anderen übertragen wurden. Es trat ein bedeutender Rückgang hervor, seitdem die Schüler angewiesen worden waren, ihre Haare nur kurz schneiden zu lassen.

Furunkulose der Haut sah man bei einem jungen Japmann.

Pigmentanomalien.

Tinea albigena habe ich in den Medizinalberichten über die deutschen Schutzgebiete nie erwähnt gefunden. Nach A. PLEHN ist sie jedoch, wie auf Java, Lombok, Sumatra, auch auf Neu-Guinea festgestellt worden; SIEBERT hat 5 ausgesprochene Fälle gesehen. Er kann die von NIEUWENHUIS gegebene klinische Beschreibung[1]) nach jeder Richtung hin bestätigen. Das Leiden wird durch einen zu den Trichophyten gehörenden Pilz erzeugt, der das Pigment der Haut dauernd zerstört, so daß sie an der Stelle auch beim Farbigen weiß wird. Das Übel befällt fast ausnahmslos die Handteller und Fußsohlen, manchmal auf die nächstgelegenen Hautteile übergreifend.

Doch glaubt SIEBERT nicht, daß die in jenen Gegenden häufigen aus-

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 89.

Digitized by Google

gesprochenen Depigmentationen an Händen und Füßen immer auf überstandene Tinea albigena zurückzuführen seien. Weil die Entfärbung sich angeblich ohne besondere äußere Erscheinung entwickelt hatte, rechnet er sie zu den bei farbigen Rassen relativ häufig vorkommenden Vitiligoformen. In den Medizinalberichten habe ich nur einen Fall von Vitiligo entdeckt, nämlich in der Krankenliste von 1907/08 der Farbigen der Station Ponape der Ostkarolinen. Siebert verbreitet sich noch weiter über derartige Entfärbungen:

„Hinzufügen will ich noch, daß neben den Depigmentationen an Händen und Füßen häufig solche auf der Glans und an dem inneren Blatt des Präputiums vorkommen. Überhaupt scheint das Hautpigment bei allen farbigen Rassen sehr labil zu sein, da man bei ihnen Pigmentverschiebungen, Hyper- und Depigmentationen selbst nach Überstehen der geringfügigsten Hautläsionen beobachtet."

Aus dieser Eigenschaft der farbigen Haut, auf geringe traumatische und entzündliche Reize mit Depigmentation zu antworten, leitet Siebert eine Erklärung für den häufigen Pigmentschwund im Präputialsack her:

„Nach meiner Schätzung hat etwa 50% aller erwachsenen Männer eine stark phimotische Vorhaut, die mitunter kaum die Glans zutage treten läßt, und da man infolgedessen sehr häufig Balanitis beobachtet, so bin ich der Ansicht, daß diese Depigmentationen durch die häufigen Entzündungsvorgänge im Präputialsack hervorgerufen werden. Die erwähnte Verengung der Vorhaut ging in vielen Fällen so weit, daß die Öffnung des Präputialsackes nur als ein für eine ganz dünne Sonde durchgängiges Lumen erschien." (A. a. O. S 209.)

Auf Jap (Westkarolinen) litt ein Mann und eine Frau, beide im mittleren Lebensalter, an einem eigenartigen, dort anscheinend nicht seltenen Pigmentschwund:

„Die Hautaffektion geht von den Füßen aus nach aufwärts und besteht zunächst in einer Art Leukapathie, Pipmentschwund; die Füße werden entfärbt. Die entfärbten Teile sind durch eine gezackte Linie von der normalen Haut abgegrenzt. In den erkrankten Stellen finden sich einzelne graue Flecke. Es sieht fast so aus, als ob die braunen Patienten grauweiße Socken an den Füßen hätten. Dabei besteht sehr starker Juckreiz und es kommt daher zu Kratzgeschwüren und Ekzemen, die aber immer erst die Folge, nicht wie man anfangs annehmen könnte, die eigentliche Krankheit darstellen. Die Affektion geht selten über die Mitte des Unterschenkels hinaus. Heiße Bäder und Ichthyol- auch Naftalansalbe erwiesen sich von Nutzen[1])."

Ausgedehnte Pigmentatrophien wurden auch bei einem alten Manne in Deutsch-Ostafrika beobachtet. Auffallend war teilweise die Lokalisation (Lippen, Lidränder) und eine annähernde Symmetrie (Schultern, Hände). Die Haut erschien glatter als die normale und von gleichmäßig blaßrosa Färbung. Ein Pigment als Grenze fehlte; Narben waren nicht vorhanden. Der fröhliche Alte erklärte, dem bei seinen Landsleuten

[1]) Born im Med.-Ber. f. 1903/04, S. 272.

Digitized by Google

unbekannten Genuß von Flußpferdefleisch diese Hautveränderungen zuschreiben zu müssen[1])

Auch der allgemeine Pigmentmangel, der universale Albinismus scheint SIEBERT in Neu-Mecklenburg durchaus nicht selten zu sein. Er schreibt:

„Mir wurde berichtet, daß in dem von mir bereisten dünn bevölkerten Küstenstrich drei albinotische Individuen vorhanden seien, von denen ich das eine, eine Frau, zu sehen bekam. Von einer näheren Beschreibung will ich absehen, da sie im allgemeinen nichts neues bieten würde, nur möchte ich hervorheben, daß die Haut fast über den ganzen Körper hin, abgesehen von der Depigmentation, kein normales Aussehen zeigte, sondern stark ‚ekzematisiert' war."

Schon COOK berichtet, daß er auf der zweiten Weltumseglung verschiedene weiße eingeborene Individuen auf den Inseln der Südsee angetroffen habe. Der Ansicht JEANSELMES, der Albinismus sei Folge fortgesetzter Inzucht, widerspricht auf Neu-Mecklenburg nach SIEBERT die althergebrachte Einteilung der Bevölkerung in Sippen, „Totems", und das Verbot bei Todesstrafe, daß Angehörige desselben Totems untereinander heiraten.

Naevus pigmentosus kam 1910/11 auf der Marschallinsel Jaluit bei einem Mann aus Arno zur Beobachtung. Eine ununterbrochene Reihe von kleinen melanotischen Tumoren zog sich vom Scheitel bis zum oberen Drittel des Rückens. Die Geschwülste am Hinterkopf waren fest mit dem Schädel verwachsen, die gewünschte Exstirpation mithin unmöglich. In demselben Jahre sah man in Deutsch-Südwestafrika einen ausgedehnten Pigmentnävus an der Brust eines 5jährigen Bastardmädchens.

Keloid — Noma — Hautkarzinom.

Bei farbigen Rassen ist die Neigung zur Bindegewebshyperplasie aufgefallen. Geringfügige Traumen rufen sehr häufig eine starke hypertrophische Narbe oder ein Keloid hervor. So gab ein etwa 20jähriger Mann auf Ukerewe in Deutsch-Ostafrika an, daß schon seit Jahren jede Narbe sich innerhalb mehrerer Monate zu einer festen, über der Umgebung erhabenen nicht schmerzhaften Geschwulst entwickele; die untere Körperhälfte war weniger davon befallen[2]). In demselben Schutzgebiete hatte sich bei einem etwa 35jährigen Neger aus Usukuma, der sich angeblich vor 3 Jahren mit einem Dorn das linke Ohrläppchen durchbohrt und in dem Loch beständig Grashalme getragen hatte, dort eine rasch wachsende und schließlich zwei Fäuste große Geschwulst ent-

[1]) So berichtet SKRODZKI 1903/04. S. 75, aus Tabora. — [2]) WITTROCK im Med.-Ber. f. 1908/09, S. 71.

Digitized by Google

wickelt, die v. Hansemann nach der in Berlin vorgenommenen Untersuchung für ein Narbenkeloid erklärte, nämlich eine derbe fibröse Geschwulst, bei der das Bindegewebe fast ganz sklerotisch geworden ist, die bei uns sehr viel seltener seien als bei den Negern. Derselbe Neger hatte nach Eingeborenenart zur Vertreibung von Schmerzen sich an Brust, Rücken und Armen kleine, dicht nebeneinander stehende oberflächliche Hautschnitte gemacht. An deren Stelle traten bald kleinere und größere Hautwulste auf[1]). Auch bei den Herero in Deutsch-Südwestafrika sah man Narbenkaloide aus zu Heilzwecken gemachten Schnittwunden.

Die Farbigen wissen sich diese pathologische Eigentümlichkeit auf merkwürdige Weise zunutze zu machen, wie Siebert erzählt:

„Die Neu-Mecklenburger nutzen diese Eigenschaft ihrer Haut zur Verzierung des Körpers aus, indem sie sich die sogenannten Ziernarben, in Gestalt von einfachen Ornamenten, an Gesicht, Rumpf und Extremitäten schaffen. Mit einem schneidenden Instrument werden die betreffenden Läsionen gesetzt, und diese läßt man durch Einreiben mit Kalk oder mit einem bestimmten Pflanzensaft ganz allmählich zuheilen. Wenn ich solche zu der Bildung der Ziernarben angelegte Läsionen zu Gesicht bekam, so stellten sie sich mit einem fest anliegenden Schorf bedeckt dar, unter welchem sich eine ganz torpid aussehende Ulzeration befand. Vom Rande her konnte man dann die Bildung des hypertrophischen Narbengewebes beobachten." (A. a. O. S. 209 u. 210.)

Noma mit Aussicht auf völlige Heilung beobachtete auf der linken Gesichtsseite eines kräftigen etwa 17jährigen Mtussi Skrodzki in Tabora[2]); Noma mit baldigem tödlichem Ausgang als ein zweimarkstückgroßes lochförmiges tiefes, mit gangränösen Gewebsfetzen bedecktes Geschwür, dessen Umgebung stark geschwollen und infiltriert war, Barthels in Iringa, ebenfalls in Deutsch-Ostafrika, auf der Wange eines etwa 1 Jahr alten Mhehemädchens. In demselben Jahre (1910/11) starb in Kamerun ein Hottentotte daran; in Samoa trat damals ein Fall auf bei Dysenterie nach kürzlich überstandenen Masern.

Ein Hautkarzinom der Fußsohle mit gewaltiger Metastase in den Inguinaldrüsen bei einem schon Kachektischen freien Eingeborenen beschreibt Danneil im Bericht über Käwieng (Deutsch-Neu-Guinea) für 1905/06. Karzinome sind bei den Farbigen unserer Schutzgebiete auffallend selten, worüber ich an anderer Stelle ausführlich berichten werde.

Otto Dempwolff erwähnt eine Hautaffektion, die seines Wissens nur in Indonesien, besonders häufig anscheinend auf Neu-Guinea vorkomme:

„Es sind kleine juckende Papeln an den unteren Extremitäten, die man von einer Buschtur mitbringt, die unter dem Kratzeffekt bald in flache, eiternde Geschwüre über-

[1]) Lurz im Med.-Ber. f. 1910/11, S. 230. — [2]) Med.-Ber. f. 1904/05. Ausführliche Beschreibung S. 48; Abbildung S. 91.

Digitized by Google

gehen, und die erst in Wochen heilen, unter Hinterlassung eines jahrelang fortbestehenden bräunlichen Pigmentfleckes. Sie hießen bei uns ‚Buschmucker'; es sind angeblich minimale rote Milben darin gefunden worden. Jedenfalls gibt es ein sicheres prophylaktisches Mittel, dessen Kenntnis ich den protestantischen Missionaren verdanke: Balsam. Peruv., rein oder bis 10% spirituös verdünnt, zur sorgfältigen Einreibung der unteren Körperhälfte vor jeder Buschtur. Dieses Mittel half auch therapeutisch am ersten Tage gegen die roten Papeln angewandt, während die Geschwüre mit feuchten Umschlägen und Borsalbe sehr langsam ausheilten[1]."

Über Elefantiasis werde ich an anderer Stelle im Zusammenhang mit den Geschwülsten der Farbigen berichten.

Vorbeugung.

Wir haben gesehen, daß bei den Farbigen der deutschen Schutzgebiete unter den Hautkrankheiten die parasitären weit überwiegen, trotz der Bakterienfeindschaft des in den Tropen höchst intensiven Sonnenlichts, dessen Heilwirkung durch die auffallende Seltenheit des Lupus in den heißen Ländern besonders nahegelegt wurde. Gegenüber einem Einfluß der Sonne erscheint es namentlich widerspruchsvoll, daß z. B. in Neu-Mecklenburg, wo die Farbigen nackt gehen, parasitäre Hautleiden ungeheuer verbreitet sind, während in Deutsch-Südwestafrika, wo die Eingeborenen ganz bekleidet zu sein pflegen, Hautkrankheiten selten sein sollen. In der Tat ist ja der unbekleidete Körper, wie oben schon bemerkt, leichter der Ansteckung ausgesetzt, zumal da oft sich einstellende kleine Verletzungen den Krankheitskeimen Eingangspforten schaffen.

Werden wir aber nun deshalb einer noch weitergehenden Bekleidung der Farbigen das Wort reden? Ich halte das Umgekehrte für wünschenswert. Zweck der Kleider ist, gegen Kälte zu schützen; dieser fällt aber in den Tropen weg. Dort fordert im Gegenteil die Hygiene, die Entwärmung und Verdunstung des Körpers von jedem Hemmnis zu befreien. Wir müssen a priori annehmen, daß in den Tropen die Kleider nicht nur lästig sind, sondern mannigfache gesundheitliche Schäden erzeugen, selbst wenn sie wirklich die parasitären Hauterkrankungen einschränken sollten. In Südafrika hat man ihnen sogar das Besorgnis erregende Umsichgreifen der Tuberkulose unter den Farbigen zur Last gelegt, und der Nordpolfahrer NANSEN hat dasselbe von den Eskimos behauptet. Heute, wo uns die Heilerfolge, die BERNHARD, ROLLIER und MALGAT mit der Besonnung bei dieser Krankheit erzielt haben, in Erstaunen setzen, erscheint uns diese Behauptung, wenn auch

[1]) O. DEMPWOLFF, Ärztliche Erfahrungen in Neu-Guinea. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1898, H. 5.

Digitized by Google

nicht streng bewiesen, so doch ernster Beachtung wert. Daß bei diesen Menschen, deren nackter Leib durch viele Generationen seine Lebensbedingungen auf beständigen reichsten Lichtgenuß eingestellt hatte, dessen Beschränkung auf einen kleinen Rest gesundheitlich bedeutungslos sei, darf man nicht annehmen. Die Nacktheit ist für den Farbigen nicht nur das angenehmste und gesundeste, sondern auch das schönste Gewand. Das begriff ich einmal besonders lebhaft, als ich in Windhuk einen schwarzen Buben, den ich stets in schmutzigen Lumpen gesehen hatte, eines Tages gänzlich nackt erblickte. Vordem ein widerlicher Anblick, war es nun eine Freude, den wohlgebildeten, schlanken und elastischen dunkeln Leib in den mannigfachsten Bewegungen in der Sonne erglänzen zu sehen. Der ungereimten Vorstellung, daß der nackte menschliche Körper, das höchste Meisterwerk der Schöpfung, der würdigste Gegenstand der bildenden Kunst von der Antike bis auf unsere Zeit, unsittlich sei, werden wir Ärzte nicht beistimmen. Diese irrige Anschauung ist es aber, die den Tropenbewohnern die Kleidung gebracht hat. Die stärkste Sonnenstrahlung verträgt sogar die Haut des Europäers durchaus gut. In meiner Heilanstalt in Windhuk nahmen weiße Patienten selbst in der heißesten Jahreszeit einstündige Sonnenbäder, selbstverständlich unter zeitweiligem Wenden, mit Nutzen und Wohlbehagen. Einmal bedeckte zwar ein Erythema solare den ganzen Körper. Nach dessen Heilung vertrug aber auch dieser Kranke nach allmählicher Gewöhnung das Sonnenbad ohne Schaden.

Zur Bekämpfung der parasitären Hautkrankheiten wird es nötig sein, die Farbigen an größere Sauberkeit und frühzeitige ärztliche Behandlung zu gewöhnen. In Deutsch-Ostafrika wurden beim Bahnbau der Usambara-Eisenbahn 1910/11 in allen Schächten selbst die kleinen Beinwunden schon aufmerksam verbunden; infolgedessen wurden die großen gangräneszierenden Beingeschwüre viel seltener. Auch in Deutsch-Neu-Guinea wurden durch rechtzeitige Behandlung schwere Unterschenkelgeschwüre vermieden. Daß bei der Schutztruppe in Kamerun durch fortwährende Belehrung über Hautpflege stetige Abnahme der dort sehr häufigen Krankheiten der äußeren Bedeckung erreicht wurde, habe ich oben schon erwähnt. Die Verhütung der Hauterkrankungen der Farbigen fällt zusammen mit der Hebung ihres Kulturzustandes.

Weiterforschung.

In Zukunft müßten die Ärzte der deutschen Schutzgebiete noch mehr darauf bedacht sein, die Identität der dort gefundenen Hautleiden mit den gleichnamigen Krankheiten Europas festzustellen. Bei der Skabies

Digitized by Google

wäre dies durch den Milbenbefund, bei Lupus, Psoriasis, Lichen ruber, Ichthyosis u. a. durch genaue Beschreibung des Krankheitsbildes zu erreichen, was bisher gar nicht oder nur in ungenügendem Maße geschehen ist, so daß wir nicht einmal mit voller Bestimmtheit sagen können, ob diese Formen in unseren Schutzgebieten überhaupt vorkommen.

Die Frage, ob gewisse Krankheiten in den Tropen nicht oder äußerst selten und vielleicht nur in milder Art auftreten, spielt eine Rolle hinsichtlich etwaiger klimatischer Behandlung. So hat KAYSER wegen des spärlichen Vorkommens von Psoriasis die Meinung geäußert, man könne solchen Kranken raten, nach den Tropen zu gehen; er sah auf Java wiederholt Psoriatiker, die in Europa viel Last von ihrem Leiden hatten, nur einzelne leichte Erscheinungen aufweisen[1]). Freilich sagt er nichts davon, ob die dort erlangte Besserung in Europa bestehen bleibe. Immerhin ist es möglich, daß die stark gesteigerte Hautausscheidung auf manche Hautleiden günstig wirke und die Heliotherapie in sonnenreichen Ländern, wie es namentlich Deutsch-Südwestafrika ist, noch ungeahnte Erfolge zeitige.

Sorgfältige Wiedergabe des Krankheitsbildes wird es auch ermöglichen, bis dahin unklare Formen bestimmter zu erkennen und zu klassifizieren und aus Sammelbegriffen, wie z. B. Kro-Kro, einzelne scharf umschriebene Arten auszusondern. Vielleicht sind manche nur den farbigen Rassen eigene Leiden fälschlich mit europäischen Namen belegt worden. Um über die Verbreitung der verschiedenen Formen in den einzelnen Schutzgebieten mehr Klarheit zu gewinnen, wäre es nötig, sie in den Krankenlisten der Medizinalberichte nicht wie bisher unter dem Titel „akute Hautkrankheiten", chronische Hautkrankheiten" zusammenzufassen, sondern sie einzeln mit Namen aufzuführen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie.

Die Bedingungen für das natürliche und künstliche Wachstum des Gonokokkus, von LEVERETT DALE-Bristol. (M. Record, 8. Juli 1916.) Von der Beobachtung ausgehend, daß der Gonokokkus an denjenigen Orten am besten sich entwickelt, welche Muzin und Mukoidsubstanzen enthalten, also an Schleimhäuten und serösen Häuten, suchte der Verf. auch einen künstlichen muzinhaltigen Nährboden für Gonokokken zu erhalten und wählte hierzu die menschliche Nabelschnur. Die Züchtungsversuche des Verf. sind noch nicht abgeschlossen, sollen aber vielversprechend sein.

A. Gunsett-Straßburg.

[1]) J. D. KÄYSER, Psoriasis vulgaris in de Tropen. Geneeskundig Tijdschrift v. Ned. Indie, 1907, aflevering 5 deel 47. Ausnahmsweise breitete sich auch dort die Krankheit aus und zeigte sich sehr hartnäckig.

Digitized by Google

Zur Verhütung des Eintrocknens bakteriologischer Nährböden, von ADOLFO MÀRTIRI. (Riforma m., 1916, Nr. 48.) Verf. empfiehlt die Aufbewahrung der Röhrchen in „feuchten Gefäßen". Zu diesen verwendet man gewöhnliche zylindrische Glasgefäße von 2—3 l Inhalt mit einem Deckel aus einem sich nicht oxydierenden Metall. Auf den Boden des Gefäßes kommt Watte, darüber wird soviel destilliertes Wasser gegossen, daß es einige Millimeter höher steht als die Watte. Um die Entwicklung von Schimmelpilzen zu vermeiden, gibt man auf das Wasser 2—3 ccm einer Mischung aus den gesättigten alkoholischen Lösungen von Naphthalin, Kampfer und Thymol. Nachdem die Röhrchen hineingestellt sind, wird der Deckel des Gefäßes mit Alkohol abgebrannt und geschlossen. Mit diesem Verfahren ist es leicht, die verschiedenen Spezialnährböden, deren ein großes Laboratorium bedarf, stets frisch zu haben.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Hygiene.

Die Aufgaben der Sexualpädagogik. Bericht über die Verhandlungen einer Gruppe von Fachvertretern am 6. Mai 1916. Herausgegeben von H. E. TIMERDING. (Leipzig 1916, B. G. Teubner.) Für den deutschen Ausschuß für den mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht, einer Vertretung von 21 der angesehensten großen wissenschaftlichen Fachvereine und -gesellschaften, hat T. den ausführlichen Bericht über eine Sitzung von Medizinern und Schulmännern zur Beratung der Aufgaben der Sexualpädagogik zusammengestellt. Es wurde eine Eingabe an den preußischen Kultusminister beschlossen, in der es als dringend geboten bezeichnet wird, daß die jungen Leute bei dem Abgang von der Schule nicht ohne eine kurze, aber eindringliche Belehrung, sei es durch einen Schulmann oder einen Arzt, zu lassen sind.

E. Brinitzer-Altona.

Rückblick und Ausblick auf die moderne sexualhygienische Bewegung, von ULLMANN. (Österr. Sanitätswesen, 1914, Nr. 30—33 u. 38.) Die Arbeit ist die Wiedergabe eines in der Jahresversammlung der Österr. Gesellschaft für Schulhygiene gehaltenen Vortrages. Nach einem Überblick über die Entwicklung der sexualhygienischen Bewegung in den verschiedenen Ländern bespricht U. die Ergebnisse der von ihm in den Kreisen der Wiener Studentenschaft usw. eingeleiteten Enquete über die sexuellen Morbiditätsverhältnisse, über Masturbation, den Zeitpunkt der ersten sexuellen Empfindungen usw. U. vergleicht seine Resultate insbesondere mit der Arbeit MEIROWSKYS, der in der Klinik NEISSERS eine gleichartige Statistik erhoben hat. Die ersten sexuell-erotischen, d. h. ausgesprochen sinnlichen, und bewußt grob erotischen Empfindungen wurden von U. und ziemlich übereinstimmend auch von MEIROWSKY in 17 % im 5.—8. Lebensjahre, in 12 % im 9.—10. Jahre, in 27 % im 11.—12. Jahre, in 28,5 % im 13. und 14. Jahre, in 12,1 % im 15. und 16. Lebensjahre angegeben. Angeblich ohne äußeren Anlaß wurde das Auftreten dieser Empfindungen in 23 % beobachtet; infolge äußerer Anlässe in 77 %; darunter sind als häufigste Ursachen hervorhebenswert (nach ihrer Häufigkeit geordnet): Verführung durch Schul- und Spielkameraden, Dienstmädchen, weibliche Geschwister oder andere Mädchen, Vorgänge im Hause wie Toilette der Mutter, Schwester oder Großmutter, Ammen und Kindermädchen. Eine beträchtliche Rolle in allen Beantwortungen spielt die unbewachte und unzüchtige Lektüre. In betreff der Masturbation ergab die Statistik, daß 79 % der Gymnasiasten und Studenten und 60 % unter den Bürger-, Volks- und Fortbildungsschülern Onanie zugaben. Relativ häufig, fast in 10 % der Fälle, wurde mutuelle Masturbation betrieben. U. erörtert dann die Auffassungen FREUDS, von denen er sich praktisch für die Schule keinen Nutzen verspricht. Im Gegensatz hierzu kann sich die moderne Konstitutionslehre, die Lehre von der Bedeutung der Sexualhormone und die experimentelle Biologie (STEINACH, TANDLER und GROSS) als fruchtbringend für die Sexualhygiene erweisen zur besseren Erkenntnis der Beziehungen der sexuellen Sphäre zum Gesamtorganismus. Der erste geschlechtliche Verkehr erfolgte bei den „studierten" Jugendlichen unter 100 Fällen im 15. Lebensjahre 13 mal, im 16. Lebensjahre 9 mal, im 17. und 18. Lebensjahre 18 bzw. 14 mal. Nur 7 Fälle, im Alter von 21—23 Jahren, gaben an, noch keinen Verkehr gepflogen zu haben. Unter den früheren Volksschülern fand der erste Verkehr im allgemeinen eher statt, bei 5 % schon im 12. Jahre, 8 % im 13. Jahre, 10 % im 14. und 15. Jahre, 12,5 % im 16. Jahre. In betreff der venerischen Krankheiten waren von den 100 Studenten 40 % erkrankt bzw. erkrankt gewesen, von den früheren Volksschülern 48,7 %. U. bespricht zum Schlusse die Maßnahmen, die geeignet sind, eine

Digitized by Google

Besserung der jetzigen Verhältnisse herbeizuführen: sittliche und ethische Festigung der Charaktere der Schulkinder, stetige Beeinflussung des Elternhauses durch die Schule im Sinne der Prinzipien der modernen Sexualhygiene, Vermeidung aller nicht unbedingt nötigen Gelegenheiten im Unterrichtsstoff, welche sexuelle Gedankengänge auslösen, Heranbildung sexualhygienisch gut ausgebildeter Lehrkräfte, körperliche Ausbildung und Kräftigung der Schuljugend, ständige Beratung aller Fragen der Sexualhygiene durch eigene Schulkommissionen mit Einbeziehung ärztlicher Experten und auf diesem Gebiete erfahrener Fachärzte, Ausgestaltung des biologischen Unterrichts, obligatorische Einführung der schulärztlichen Institution. E. Brinitzer-Altona.

Ist es wirklich ganz unmöglich, die Prostitution gesundheitlich unschädlich zu machen? von A. Neisser. (D. m. W., 1915, Nr. 47.) N. macht folgende Vorschläge: 1. Es sollen je nach der Größe der Stadt ein oder viele Ambulatorien, Polikliniken oder Fürsorgestellen „für an Frauen- und Geschlechtskrankheiten leidende Mädchen und Frauen" eingerichtet werden. Allein „Geschlechtskrankheiten" zu sagen, sei nicht zu empfehlen. 2. Als Ärzte an diesen Fürsorgestellen sind natürlich nur spezialistisch ausgebildete Ärzte und Ärztinnen anzustellen. Ihnen zur Seite müssen je nach Bedarf eine oder mehrere geschulte Wärterinnen tätig sein. Die Ärzte müssen derartig bezahlt sein, daß sie täglich vormittags wie nachmittags mehrere Stunden und, was besonders wichtig ist, auch mehrmals wöchentlich während der Abendstunden sich ganz dieser amtlichen Tätigkeit der Beratung und Behandlung widmen, womöglich auf Privatpraxis verzichten können. 3. Neben den freiwillig in Behandlung tretenden Personen werden auch von den polizeilichen Organen überwiesene Personen in Behandlung genommen, soweit es sich um noch nicht eingeschriebene Personen handelt. 4. Für die inskribierten Puellae ist die Behandlung in besonderen poliklinischen Anstalten vorzunehmen. 5. Die Krankenhausbehandlung soll bleiben, nur soll sie, wo es möglich ist, durch die ambulatorische Behandlung ersetzt und ergänzt werden. 6. Überall müssen Polizeiassistentinnen und Fürsorgeschwestern mitwirken; einerseits, um die Ärzte in ihren Bestrebungen für eine regelmäßige Behandlung zu unterstützen, die von der regelmäßigen Behandlung Fortbleibenden aufzusuchen, andererseits, um den Mädchen in sozialer Weise beizustehen, zu raten und zu helfen. Für die ambulante Behandlung der Ulcera mollia empfiehlt N. sorgfältiges Auswischen der Ulzera mit reiner Karbolsäure und nachheriges Bedecken mit einem kleinen Wattebausch, der mit 10%iger Protargolvaseline bedeckt ist. Der Patientin ist einzuschärfen, stets für reichliche Einfettung des Vaginaleinganges mit reiner Vaseline zu sorgen. In bezug auf die Blennorrhoe meint N., daß eine Verhütung der Portio- und Uterusblennorrhoe zu erreichen ist durch einen an den Muttermund eingelegten, fettdurchtränkten Vaginaltampon. Auch die Männer würden dadurch vor einer Infektion durch Uterusblennorrhoe geschützt sein. Es würde möglich sein, solche Prostituierte, die sonst ihrer Zervikal- und Uterusblennorrhoe halber oft monatelang im Hospital verbleiben müssen, eher zu entlassen, ohne daß sie Unheil anrichten können. Die von N. vorgeschlagene Urethral-Blennorrhoe-Behandlung besteht im Einlegen von Urethralstäbchen, die 10—20% Protargol enthalten, die von der Engel-Apotheke in Breslau, Beiersdorf-Hamburg usw. geliefert werden. Diese Stäbchen sollen 1—2 mal täglich eingelegt werden. Das Einführen der Stäbchen können viele Mädchen selbst leicht lernen. Die Luesbehandlung würde in jährlich 3 mal zu wiederholenden Injektionszyklen von je 4—5 Salvarsaninjektionen bestehen. N. tritt bei Prostituierten auch für prophylaktische Salvarsanbehandlung ein. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Regierungsrat Prof. Maximilian von Zeissl in Wien feierte das 40jährige Doktorjubiläum.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Mai 1918 | Nr. 19 | Band 66

Aus der Hautklinik der städt. Krankenanstalten zu Dortmund.

Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica.

Von

San.-Rat Dr. J. Fabry.

Unter obiger Benennung habe ich vor einiger Zeit ein besonderes Hautkrankheitsbild aufstellen zu dürfen geglaubt, das klinisch insofern von untergeordneter Bedeutung ist, als es sich um eine umschriebene und gutartige Hauterkrankung handelt, die auch kaum oder nie zu irgend welchen ernsteren Komplikationen führt. Das theoretische Interesse an der Erkrankung dürfte deshalb ein größeres sein, weil für die Erkrankung als Erreger Hefen in Frage kommen. Es handelt sich also nach unseren eingehenden und bis heute fortgesetzten Untersuchungen um eine echte Blastomykose, während von anderer Seite (Bloch, Marie Kaufmann-Wolff) eine Oidiomykose angenommen wird. Vielleicht oder wahrscheinlich handelt es sich um verschiedene Krankheitsbilder.

Insgesamt haben wir bis heute 17 Fälle typischer interdigitaler Erosion untersucht. Den eingehenden Bericht über Gang und Art unserer gemeinschaftlich mit Dr. Löns, dem Vorsteher des bakteriologischen Instituts der städt. Krankenanstalten, vorgenommenen Untersuchungen erstattet Fräulein Dr. Berendsen in einer besonderen Abhandlung.

In allen Fällen gelang kulturell einwandfrei der Nachweis der Hefen.

Es ist uns nicht in allen Fällen gelungen, im Ausstrich die Hefen nachzuweisen; und nur dieses Verfahren käme für den Praktiker zur Erhärtung der Diagnose in Frage, vorausgesetzt, daß der Nachweis einfach und in allen Fällen sicher ist. Das ist nach unseren bisherigen Untersuchungen nicht der Fall. Es ist deshalb von Bedeutung, daß die klinischen Symptome so charakteristisch und eindeutig sind, daß der Nachweis der Hefen sich eben erübrigt. Als solche haben wir bereits teilweise in unserer ersten Mitteilung mehrere angeführt. Wir ergänzen dieselben heute wie folgt.

1. Lokalisation an den Interdigitalfalten, so daß die Affektion für gewöhnlich bei gespreizten Fingern von der Dorsalseite am besten sichtbar ist.

Digitized by Google

2. Die befallenen Hautstellen erscheinen tiefrot, wie verbrüht, mit scharf absetzenden weißen Rändern. Dabei finden sich in dem roten Fleck immer wieder Ansätze zur Epithelisierung, so daß meist unregelmäßige Balken — ein Zeichen der Epithelisierung — die Erosion durchziehen.

3. Unter allen von mir beobachteten Fällen waren immer die Interdigitalräume der Hände, niemals der Zehen befallen. Niemals befallen ist der Interdigitalraum zwischen Pollux und Index. Wir erklären uns das aus den anatomischen Verhältnissen, indem dieser nicht so von der Luft abgeschlossen ist wie die anderen Interdigitalräume; das aber scheint eine Vorbedingung für das Wachstum der Hefen zu sein.

4. Es treten nach unseren Beobachtungen niemals Herde sonst am Körper auf. Nie beobachteten wir Komplikationen von seiten der Lymphgefäße oder Drüsen.

5. Die Affektion scheint häufiger bei Frauen vorzukommen, und zwar bei solchen, die im Küchen- und Hausbetriebe viel mit Wasser und Lauge zu tun haben.

6. Bei Aufnahme der Anamnese hören wir regelmäßig die Angabe, daß die Erkrankung monate- oder jahrelang besteht, und daß alle mögliche Salbenanwendung nicht fruchtete.

Das wechselnde Bild der Epithelbildung erinnert am meisten an eine ähnliche Erscheinung, wie sie die sogenannten îsles épithéliales = schlotternden Epithelinseln bei der Pageterkrankung der Brust in größerem Umfange darbieten. An einer Stelle geht Epithel durch Mazeration zugrunde und an der andern sehen wir Ansätze zur Epithelneubildung und Überhäutung der Erosion.

Das Epithel haftet nicht in der ganzen Fläche an der Unterlage an, sondern die Randpartien sind gelockert. Der Rand erscheint deshalb unterminiert und die Erosion durchziehen unregelmäßige Balken von Epithelansätzen. Schon in unserer ersten Mitteilung (Münchner med. Wochenschrift, 1917, Nr. 48) hoben wir hervor, daß gerade unter den unterminierten Rändern die Erreger sitzen und zu finden sind. Für die Reinkultur bringt man am besten derartige Randschüppchen auf den Nährboden.

Ich lasse einige Krankengeschichten in Kürze folgen, die zwar in den wesentlichsten Symptomen der Erosion und Epithelbildung nichts Abweichendes boten, aber dennoch bemerkenswert zu sein scheinen.

Frau R., 55 Jahre. Typisch befallen sind drei Interdigitalräume der linken und drei Interdigitalräume der rechten Hand. In diesem Falle ist bemerkenswert, daß alle Zwischenräume befallen sind außer den Zwischenräumen zwischen Pollux und Index. Die Erkrankung zeigt das Charakteristische der scharfen Ränder. Die Affektion besteht seit September 1917. Auffallend ist, daß hier so viele Interdigitalräume betroffen

Digitized by Google

sind (6). Ferner ist in diesem Falle bemerkenswert, daß an allen Fingern die Affektion auch auf die Beugeseite übergreift, auf die Digitalfalte zwischen Hohlhand und erster Phalanx. Dort ist die Affektion aber nur an den genannten Falten sichtbar.

Auch bei dieser Patientin war die prompte Heilwirkung verdünnter Jodtinktur wie in allen unseren Fällen frappierend, während vorher Applikation der verschiedensten Salben ohne den geringsten Erfolg war.

Fr. B. 4. III. 1918. Zwischen Mittel- und Ringfinger der rechten und linken Hand eine ungefähr zehnpfennigstückgroße Erosion. Besteht seit zwei bis drei Jahren. Behandlung stets ohne Erfolg. Frau B. gibt an, daß das Ekzem sich verschlimmert, wenn sie längere Zeit in Seifenlauge arbeitet. An der rechten Hand bestand zwischen Zeige- und Mittelfinger eine Erosion, die aber nach Angabe der Patientin spontan heilte.

Fr. Sch. 5. III. 1918. Typische Stelle im zweiten Interdigitalraum bis zum zweiten Fingerglied reichend. Besteht seit ungefähr fünf Monaten. Frau Sch. klagt über unangenehmes Brennen der Haut. Behandlung bis jetzt ohne Erfolg.

Die Gesamtzahl der von uns bis heute untersuchten Fälle beträgt 17. Davon betrafen:

Männer	4,
Frauen	13,
Kinder	0.

In allen diesen Fällen gelang kulturell der Nachweis der Hefen, im Ausstrich nicht regelmäßig.

Dieses konstante Vorkommen im Verein mit den positiven Impfergebnissen — vgl. die demnächst im Archiv für Dermatologie erscheinende Arbeit von Dr. Berendsen — berechtigen zu der Auffassung, daß die von uns in Gemeinschaft mit Dr. Löns gefundenen Hefen die Erreger der Erkrankung sind, für welche wir die Bezeichnung Erosio interdigitalis blastomycetica vorgeschlagen haben.

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

V.

Der Einfluß des Krieges auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heimatsgebiet.

In Übereinstimmung mit den zu Beginn des Krieges über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere laut gewordenen Befürchtungen hatte man auch die sich daraus für das Heimatsgebiet ergebenden

Digitized by Google

Gefahren ins Auge gefaßt. Wenn nun auch die Verseuchung des Heeres durchaus nicht den befürchteten Umfang angenommen hat, so wäre es doch gewagt, mit Scholtz (14) aus der gegen den Frieden wenig veränderten Zahl von 2—3% Geschlechtskranker eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten deshalb herzuleiten, weil im Frieden unter den Studierenden 25%, unter den Kaufleuten 16% und unter den Arbeitern der Großstädte 8% erkrankt waren, denn es fällt demgegenüber die Erkrankung früher verschont gebliebener bzw. in geringerem Maße beteiligter Volkskreise und Altersklassen sowie die bereits hervorgehobene stärkere Beteiligung Verheirateter erschwerend ins Gewicht. Es steht zu hoffen, daß die während des Krieges und für die Zeit des Friedensschlusses vorbereiteten Maßnahmen einer erheblichen Zunahme der Geschlechtskrankheiten im Heimatslande entgegenarbeiten werden und daß, soweit eine solche bereits erkennbar wurde, vornehmlich die ersten Zeiten des Krieges, die uns in dieser Beziehung nicht genügend gerüstet trafen, die Schuld daran tragen. So konnte Klausner (10) eine auffallende periodische Zunahme der Primäraffekte und auch der Gonorrhoe und des Ulcus molle feststellen, herzuleiten von dem vermehrten Zuströmen der klandestinen Prostitution zunächst unmittelbar nach der Mobilmachung, dann nach dem Eintreffen von Rekruten und Verwundeten, während in der Zwischenzeit nach dem Ausmarsch der ersten Truppen ein Abfall unter die Norm stattfand. Eine wesentliche Zunahme glaubt Oppenheim (12) an seinem Kassenmaterial beobachtet zu haben, bei dem die Zahl vom 1. Oktober 1914/1915 71% gegen 29% im Jahre 1908 betrug. Demgegenüber konnte Pezzoli (13) bei weiblichen Kassenmitgliedern, deren Gesamtfrequenz durch die besseren Arbeitsverhältnisse verringert war, einen unveränderten Prozentsatz der Geschlechtskrankheiten feststellen. Ebenso findet Audry (1) keine Vermehrung in der Klinik und Poliklinik in Toulouse: vom 1. März 1911/1913 602 Syphilitiker (darunter 196 Frauen), 1. März 1915/1917 444 + 143 anderweitig behandelte = 547 (darunter 199 Frauen), während die Bevölkerung sich eher vermehrt hatte.

Was die Beobachtungen an den einzelnen Erkrankungen anbetrifft, so erscheint zunächst die von Török (16) an der männlichen Zivilbevölkerung Budapests im Verhältnis von 1915 zu 1913 festgestellte Verdoppelung der Verhältniszahl der frischen Syphilisfälle recht bedenklich, da gerade diese für die Beurteilung der Weiterverbreitung maßgebend sind; ebenso das von Stein (15) beobachtete Anwachsen der extragenitalen Infektionen von 4% auf 6%, nach Finger (7) sogar auf 10%. In Frankreich wurde nach Balzer (2) die Zahl der syphilitischen Frauen ständig wachsend gefunden. Eine Abnahme der Syphilis unter den

Digitized by Google

Frauen fand Pezzoli (13), dagegen eine Zunahme von Tripper und Ulcus molle, ersterer hat auch nach Fehling (4), letzteres nach Oppenheim (12), und zwar um das Dreifache zugenommen, was auf die wesentlich größere Morbidität beim Militär zurückgeführt wird.

Selbst wenn es gelingen sollte, die Gesamtheit der Geschlechtskrankheiten einigermaßen unverändert zu erhalten, bleiben immer noch genügend bedenkliche und größte Beachtung verdienende Tatsachen übrig. So macht sich die vermehrte Zahl der erkrankten Verheirateten beim Heere durch eine größere Zahl der Erkrankungen bei verheirateten Frauen bemerkbar, da ja schon zahlreiche Ehemänner auf Urlaub, als Verwundete oder endgültig Ausgeschiedene in die Heimat zurückgekehrt sind. Häufige Infektionen von Ehefrauen durch auf Urlaub befindliche Ehemänner fanden Finger (5) und Klausner (10), eine Zunahme der Verheirateten unter den weiblichen Kranken Stein (15), eine Zunahme frischer Gonorrhoe-Infektionen bei Ehefrauen (und zwar sämtlich durch die Ehemänner verursacht) Fraenkel (8), schließlich eine große Häufigkeit unter den verheirateten Frauen Gaucher und Bizard (9).

Unverkennbar ist der Einfluß des Krieges in der Verschiebung der Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb verschiedener Altersklassen. Pezzoli (13) fand die Zahl der Erkrankten unter 20 Jahren wesentlich vermehrt, Gaucher und Bizard (9), Oppenheim (12), Stein (15) stellen die auffallende Beteiligung ganz junger und ganz alter Männer fest. Sie äußert sich bei Oppenheim in einer Verdoppelung des prozentualen Anteils der unter 20jährigen (bedingt durch hohe Kriegslöhne, Nachtarbeit, Zusammenarbeiten mit jugendlichen Arbeiterinnen) und der über 40jährigen (bedingt durch ihre größere Inanspruchnahme durch den Männermangel), bei Stein bei Vergleich der Jahre 1913 und 1915 in einer Zunahme der 15—18jährigen von 4% auf 11%, der über 50jährigen von 1,4% auf 2,2%. Finger (7) gibt die folgende Gegenüberstellung:

im	Alter	von	15	Jahren	im	Frieden	1‰,	im	Kriege	8‰
„	„	„	16	„	„	„	3‰,	„	„	9‰
„	„	„	17	„	„	„	11‰,	„	„	26‰
„	„	„	18	„	„	„	27‰,	„	„	68‰

also bei den 15—18jährigen eine Zunahme von 4,2% auf 11,1%. In den gleichen Altersklassen fanden sich in einer von ihm wiedergegebenen Friedensstatistik aus Paris fast genau ebensoviel männliche Geschlechtskranke (4,9%), während weibliche in Stuttgart mit 20% vertreten waren, so daß bei diesen die Verhältnisse anders zu liegen scheinen.

Schließlich müssen wir noch auf die bereits bei Besprechung der Gesamtfrequenz ausgesprochene Vermutung zurückkommen, daß dem

Digitized by Google

durch die ungefähr gleichgebliebene Zahl der Erkrankungen beim Heere nachgewiesenen Rückgange bei gewissen Bevölkerungsklassen eine Zunahme bei anderen gegenüberstehen muß. In der Tat fand sich eine beträchtliche Durchseuchung von Volksschichten, die bisher von den Geschlechtskrankheiten verschont geblieben waren und ihr im Frieden entgangen wären, Bewohner von Landgemeinden und kleinen Städten [Blumenfeld (3), Lipschütz (11), Finger (6), Audry (1)]. Deshalb glaubt Scholtz (14), daß die Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege vielleicht eine größere Verbreitung auf dem Lande finden werden, und Finger (6, 7) befürchtet bei der Demobilisierung Endemien auf dem Lande und Zunahme der extragenitalen Infektionen, welche seiner Erfahrung nach stets ansteigen bei allgemeiner Zunahme der Syphilis und Eindringen in unter schlechten hygienischen Verhältnissen lebende Bevölkerungskreise. Daß hier eine nicht zu unterschätzende volkswirtschaftliche Gefahr vorliegt, kann nicht bezweifelt werden, und es wird eingreifender Maßnahmen bedürfen, um tiefgehenden Schädigungen vorzubeugen.

Literatur.

1. Audry, De la Diffusion de la Syphilis dans la région Toulousaine pendant deux années de guerre. Ann. de Derm. et de syph., 1917, Bd. 6, Nr. 8. — 2. Balzer, F., La Prophylaxie antivénérienne par les adiministrations civiles et militaires. La Presse méd., 1916, Nr. 2. — 3. Blumenfeld, A., Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Der Militärarzt, 1916, Nr. 13. — 4. Fehling, Die Gonorrhoe der Frau im Krieg. Unterels. Ärzte Verein. Straßburg, 30. VI. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 38.) — 5. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 6. Finger, E., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und deren Bekämpfung. W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 7—10. — 7. Finger, E., Der Krieg und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien-Leipzig, 1916. — 8. Fraenkel, L., Sexuelle Gefährdung der Frau durch den Krieg. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 7. — 9. Gaucher und Bizard, Syphilis nach zwei Kriegsjahren. Ann. des mal. vénér., Jan. 17. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 21.) — 10. Klausner, Krieg und Geschlechtskrankheiten. Prag. m. W., 1915, Nr. 9. — 11. Lipschütz, Dermatologische Beobachtungen während des Krieges. III. Der Einfluß des Krieges auf das Auftreten von Haut- und Geschlechtskrankheiten. W. kl. W., 1917, Nr. 26. — 12. Oppenheim, M., Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. W. m. W., 1916, Nr. 26. — 13. Pezzoli, C., Statistisches über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Krieg und Frieden. W. m. W., 1917, Nr. 20. — 14. Scholtz, W., Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 25. — 15. Stein, R. O., Der Einfluß des Krieges auf die Verbreitung der venerischen Affektionen auf die Zivilbevölkerung. W. m. W., 1916, Nr. 28. — 16. Török, Über die Ausbreitung der Syphilis in der männlichen Zivilbevölkerung Budapests während des Krieges. Arch. f. Derm., 1917, Bd. 124, H. 1.

Digitized by Google

VI.

Maßnahmen gegen die Verseuchung des Heimatsgebietes, besonders zur Zeit der Demobilisierung.

Die Gefahr einer Verseuchung des Heimatgebietes, bzw. einer vermehrten Bedrohung bisher weniger durch Geschlechtskrankheiten gefährdeter Volkskreise, ließ zahlreiche Vorschläge an die Öffentlichkeit treten, die sich auf die mit einem Schlage zu erwartende Entlassung des größten Teiles der Millionenheere stützten und mit der Möglichkeit oder richtiger Wahrscheinlichkeit rechneten, daß sich darunter zahlreiche nicht ausgeheilte Geschlechtskranke befinden würden. Hecht (13) ist der Ansicht, daß die bisherigen halben Maßnahmen die Infektionsgefahr nicht vermindert haben und daß, um einer Verseuchung nach dem Kriege vorzubeugen, private und wirtschaftliche Interessen jeglicher Art hinter den gesundheitlichen Interessen der Allgemeinheit zurücktreten müssen. Je länger sich der Krieg ausdehnte, um so mehr ergab sich die Notwendigkeit, diesen Maßnahmen schon früher näher zu treten, da ein dauernder Verkehr zwischen Heer und Heimatgebiet gar nicht zu vermeiden war. Am radikalsten ist die Forderung Hechts (12), Syphilitikern, die während der Dienstzeit angesteckt sind oder sich in den ersten Jahren ihrer Erkrankung befinden, unter keinen Umständen Heimatsurlaub zu gewähren; auch die DGBG (7) fordert die Urlaubsverweigerung für venerisch Infizierte, wobei nicht ganz klar ist, wie weit dieser Begriff gefaßt wird. Sie fordert ferner in Übereinstimmung mit dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (17)], daß die Urlaubserteilung von einer genauen Untersuchung abhängig gemacht wird, die, soweit die dienstlichen Interessen es gestatten, auch auf die jüngeren Offiziere ausgedehnt werden soll. In gleichem Sinne hatten sich auch Finger (10) und Blaschko (1) ausgesprochen. Fränkel (11) geht noch einen Schritt weiter, indem er besonders im Hinblick auf die Gefährdung von Ehefrauen durch gonorrhoisch erkrankte Ehemänner eine Quarantäne anregt, ein Gedanke, der um so mehr Beachtung hätte verdienen sollen, als bei den oft tagelangen Reisen von entfernten Fronten nach der Heimat reichlichst Gelegenheit zu Infektionen bei Soldaten gegeben ist, die bei der Untersuchung vor Antritt des Urlaubs gesund befunden worden waren.

Den Urlaubern stehen die während des Krieges bereits aus irgend einem Grunde aus dem Heeresverbande Entlassenen gleich; es sollte daher nach Hützer (16) niemand entlassen werden, der nicht, und zwar so genau wie möglich, auf Geschlechtskrankheiten untersucht ist, wie es auch der Erlaß des preußischen Kriegsministeriums anordnet, wobei es dem Ermessen der stellvertretenden Generalkommandos vorbehalten bleiben soll, ob und inwieweit dies gegenüber Offizieren durchführbar sei. Als

Digitized by Google

Besonderheit hebt Pautrier (21) aus der von ihm in Bourges eingerichteten großen Zentralabteilung für Geschlechtskranke hervor, daß die im kontagiösen Stadium dort befindlichen Kranken keinen Ausgang in die Stadt haben, eine Bestimmung, die unserer Ansicht nach wohl von allen, die auf dem Standpunkt einer zwangsweisen Lazarettbehandlung stehen, für selbstverständlich gehalten werden sollte.

Fränkel (11) zieht neben der bereits erwähnten Quarantäne auch den Behandlungszwang in Frage, der ja für die Heeresangehörigen, soweit ihre Erkrankung vorschriftsmäßig gemeldet wird, besteht, den aber Block (3) ganz allgemein eingeführt sehen möchte. Diese Maßnahme, die für die nach dem Kriege zu erwartende Neuordnung der ganzen großen Frage der Geschlechtskranken-Fürsorge schon von mehreren Seiten ins Auge gefaßt war, hält er infolge der Länge des Krieges schon jetzt für erforderlich, und zwar soll der Erkrankte der Behandlung unterworfen bleiben, bis der Arzt ihn für nicht mehr ansteckungsfähig erklärt, bei Wechsel des Arztes soll eine gegenseitige Mitteilung zwischen den Ärzten, bei Fortbleiben aus der Behandlung eine Aufforderung an den Kranken und, falls dieser nicht Folge geleistet wird, nach 14 Tagen Meldung an den beamteten Arzt erfolgen.

In wesentlich vermehrtem Maße wird es sich bei der Demobilisierung darum handeln, erkrankte Personen vom Heimatsgebiet fernzuhalten; dazu ist es natürlich erforderlich, alle zu dem betreffenden Zeitpunkt Kranken bzw. noch Infektionsgefährlichen festzustellen. Für diesen Zweck am naheliegendsten wäre eine allgemeine Untersuchung aller zu Entlassenden, wie sie von Finger (9), Hecht (13) (auch Offiziere!), Sachs (23), und zwar durch Spezialärzte, für deren genügendes Vorhandensein schon jetzt durch entsprechende Ausbildung gesorgt werden müsse, und auch durch den Erlaß des Österreichischen Kriegsministeriums (34a) gefordert wird, nach dem die Verdächtigen einem Spital zur näheren Feststellung überwiesen werden sollen. Hecht (13) fordert bei Tripperresten Überweisung an eine spezialärztliche Untersuchungsanstalt, serologische Untersuchung aller nicht syphilitisch krank Gewesenen oder Gemeldeten. Hützer (16) verlangt, daß niemand entlassen werde, der nicht so streng wie möglich auf Gonokokken untersucht sei, und v. Zeissl (25) will bei jedem Krieger die WR und Reinkultur des Harnröhrensekretes vorgenommen sehen. Bruck (5) unterscheidet zwei Gruppen, und zwar 1. alle im letzten Jahre an Gonorrhoe oder Ausfluß erkrankt Gewesenen, die auf jeden Fall einem Speziallazarett zur Untersuchung überwiesen werden sollen; 2. alle anderen Leute, die nach zweitägiger morgendlicher Untersuchung für den Fall ins Lazarett kommen, daß sich Sekret zeigt oder der Urin nicht klar ist. Im Lazarett werden alle Überwiesenen fachärztlich untersucht, und wenn

Digitized by Google

sich zweimal nur geringes epitheliales, schleimiges Sekret bzw. entsprechende Flocken finden, entlassen; die übrigen erhalten zur Provokation 1 ccm Arthigon intramuskulär, werden an den beiden folgenden Tagen morgens mikroskopisch untersucht, erhalten bei negativem Befunde 2 ccm, werden wieder zweimal untersucht und nach wieder negativem Befunde entlassen, so daß für die Untersuchung sechs Tage erforderlich sind. Moldovan (19) hält die allgemeine Durchmusterung bei der Demobilisierung für überflüssig bei rechtzeitiger Behandlung und Aufdeckung verheimlichter Fälle.

Wenn man wie die DGBG (7) die technischen Schwierigkeiten für zu groß hält, um alle Kriegsteilnehmer zu untersuchen, und sich mit ihr und Blaschko (2) auf die erkrankt gewesenen beschränkt, so muß man sich darüber klar sein, daß man diese bei weitem nicht vollständig erfassen wird, da sie der Militärbehörde sicher nicht in vollem Umfange bekannt sind. Um alle untersuchen zu können, hält Horn (15) die Schaffung einer Zentralnachweisstelle aller venerisch erkrankt gewesenen Krieger für erforderlich, doch hätte dann, wie Schiffmann (24) richtig bemerkt, von Anfang an eine Liste aller Erkrankten geführt werden müssen, was jetzt nicht mehr nachzuholen sei. Auch Brandweiner (4) hatte vorgeschlagen, alle auf Grund schon während des Krieges geführter Listen als erkrankt bekannt Gewordenen an Spezialanstalten zur Beobachtung zu überweisen. Den erkrankt gewesenen Heeresangehörigen die im Felde beschäftigt gewesenen Post- und anderen Beamten gleichzustellen, wie die DGBG (7) vorschlägt, ist jedenfalls berechtigt. Finger (10) glaubt auch, daß es nicht durchführbar sein wird, bei der gesamten Mannschaft die WR vorzunehmen, wünscht jedoch eine allgemeine klinische Untersuchung, sowie eine speziellere in fraglichen Fällen. Alle an Syphilis erkrankt Gewesenen müssen jedoch nach Blaschko (1) und Horn (15) der WR unterworfen werden. Letztere beiden Autoren verlangen auch eine Untersuchung aller an Gonorrhoe erkrankt Gewesenen auf Infektiosität, wozu jedoch nach Horn (15) die einfachen Untersuchungsmethoden nicht genügen, vielmehr seien provokatorische Reizungen erforderlich. Zu diesem Zwecke sollen sie nach Reiter (22) geeigneten Untersuchungsstellen zugeführt werden; sie erhalten daselbst nachmittags 1 ccm polyvalente Vakzine, zeigt sich am nächsten Morgen nichts, so werden sie entlassen, sind sie klinisch verdächtig oder zeigen sich Erscheinungen mit negativem mikroskopischem Befunde, so erhalten sie nochmals 2 ccm; bei wiederum negativem Befunde Entlassung. Es muß bei diesen Untersuchungen jedoch beachtet werden, daß Bruck (5) die Gonokokken bisweilen erst am zweiten, Heller (14) sogar erst am dritten Tage auftreten sah.

Digitized by Google

Die so als erkrankt oder noch nicht geheilt befundenen Personen werden nach denselben Grundsätzen zu bewerten sein, die im Abschnitt IV zur Sprache gekommen sind, nur daß die mit einer Behandlung verbundene Beeinträchtigung des Dienstes im Augenblick der Demobilisierung nicht mehr in Frage kommt, es sich hier vielmehr um eine Kollision mit wirtschaftlichen Interessen handeln könnte. Blaschko (1, 2) verlangt Behandlung für alle Behandlungsbedürftigen sowie Zurückhaltung aller Infektiösen in Lazaretten, Sachs (23) Überweisung aller akuten Fälle ins Spital. Hecht (13) dehnt den Behandlungszwang im Lazarett bis zur Ausheilung außer auf die geschlechtskrank Befundenen oder Gewesenen auch auf diejenigen aus, bei denen ohne Anamnese oder körperliche Spuren überstandener Syphilis sich positive Wassermann-Reaktion findet, soweit sie nicht etwa Malaria gehabt haben. Das Österreichische Kriegsministerium (8) ordnet an, Erkrankte erst nach Spitalsbehandlung zu entlassen, Lues latens soll behandelt werden, wenn die letzte Kur länger als drei Monate zurückliegt. Die zwangsweise Zurückhaltung an ansteckenden Erkrankungen leidender Militärpersonen bis zur Heilung wird in Deutschland durch einen in Vorbereitung befindlichen Gesetzentwurf angestrebt [Parlamentsberichte (20)]. Frisch erkrankte und bei der Provokation als noch ungeheilt befundene Gonorrhoiker wollen Bruck (5) und Reiter (22) bis zu der durch Provokation einwandfrei nachgewiesenen Heilung im Lazarett behandeln. Die DGBG (7) verlangt, alle noch ansteckungsfähig befundenen Soldaten und möglichst auch Beamten bis zur Heilung festzuhalten, eventuell zur Okkupation zu verwenden; sie verzichtet also auf die Lazarettbehandlung, und es würden dadurch unter Umständen mehr Gesunde zur Entlassung kommen können.

Personen, die zwar nicht mehr infektiös, jedoch noch nicht geheilt sind, will Blaschko (1) entlassen, aber einer weiteren Beobachtung und der Verpflichtung einer eventuell erforderlichen Behandlung unterwerfen, für die nach der Forderung der DGBG (7) sofort nach der Rückkehr Gelegenheit gegeben werden muß. Hecht (13) will alle behandelten oder erkrankt gewesenen Syphilitiker auch gegen ihren Willen einer Fürsorgestelle überweisen und mehrere Jahre unter Kontrolle halten. Staatlicherseits ist bisher vom Österreichischen Kriegsministerium (8) angeordnet worden, daß die Namen aller entlassenen Syphilitiker der Heimatsbehörde zwecks Überwachung vertraulich mitgeteilt werden, das Preußische Kriegsministerium [Kaufmann (17)] meldet die Versicherungspflichtigen den Landesversicherungsanstalten, jedoch nur mit ihrem Einverständnis, in Bulgarien bleiben nach Mitteilung von Kayser-Petersen (18) die Geschlechtskranken noch einige Zeit unter Kontrolle. Obgleich die Geschlechtskrankheiten auf eigenem Verschulden beruhen, will Brunn (6)

Digitized by Google

sie vom Standpunkt der Fürsorge aus als Kriegsbeschädigungen angesehen wissen. In welcher Weise eine weitere Fürsorge nach dem Kriege durch Beratung, Beobachtung und Behandlung zweckmäßig zu erreichen sein wird, bedarf einer besonderen Besprechung im Zusammenhange mit sonstigen bevölkerungspolitischen Maßnahmen. Zunächst ist für den Schutz des Heimatsgebietes gegen Verseuchung schon viel geschehen, wenn es gelingt, möglichst alle Erkrankungen während des Krieges und bei der Demobilisierung zur Kenntnis zu bringen und gestützt auf die modernen Untersuchungsmethoden wenigstens keinen noch infektiösen Fall zur Entlassung kommen zu lassen.

Literatur.

1. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig 1915. — 2. Blaschko, A., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 19. — 3. Block, F., Behandlungszwang für Geschlechtskranke. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1917, Bd. 18, Nr. 1. — 4. Brandweiner, Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 41. — 5. Bruck, C., Über die Bedeutung provokatorischer Arthigoninjektionen für die Kontrolluntersuchungen bei der Demobilisierung. M. m. W., 1917, Nr. 33, Feld-Beil. — 6. Brunn, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Kriegsteilnehmern. Die Kriegsbeschädigtenfürsorge, 1916, Nr. 5. — 7. Deutsche Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), Ausschußsitzung 18. IV. 1915. Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 550. — 8. Erlaß des Österreichischen Kriegsministeriums betr. Behandlung geschlechtskranker Soldaten. D. m. W., 1917, Nr. 4. — 9. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 10. Finger, E., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und deren Bekämpfung. W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 7—10. — 11. Fränkel, L., Sexuelle Gefährdung der Frau durch den Krieg. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 7. — 12. Hecht, H., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. W. kl. W., 1916, Nr. 51. — 13. Hecht, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Abrüstung. W. kl. W., 1916, Nr. 14. — 14. Heller, J., Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzungen von Gonokokkenvakzinen. M. m. W., 1917, Nr. 22, Feld-Beil. — 15. Horn, M., Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1916, Nr. 47. — 16. Hützer, Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke. M. m. W., 1916, Nr. 35. — 17. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung. Berlin 1916. — 18. Kayser-Petersen, Bulgarisches zur Frage der Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1917, Nr. 19, Feld-Beil. — 19. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung b. d. k. k. 2. Armee. Lemberg, Februar 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 20. Parlamentsverhandlungen: Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik (Elster, A., Chronik der sozialen Hygiene. Öff. Gesundheitspflege, 1917, Bd. 2, H. 9.) — 21. Pautrier, Über die allgemeine Organisation der Militärspitäler für Venerische und die angegliederten Abteilungen. Ann. de Derm. et de syph., 1916, Nr. 5. (Ref. Derm. Zschr., Bd. 24, H. 8.) — 22. Reiter, H., Kann eine Verbreitung der Gonorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden? D. m. W., 1917, Nr. 22. — 23. Sachs, O., Vorschläge betreffend die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen unmittelbar nach dem Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 25. — 24. Schiffmann, J., Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechts-

Digitized by Google

krankheiten im Kriege. W. kl. W., 1916, Nr. 2. — 25. v. Zeissl, M., Die Syphilisbehandlung zur Kriegszeit und was soll nach Friedensschluß geschehen, die Zivilbevölkerung vor der Infektion durch venerisch krank Heimkehrende zu schützen. B. kl. W., 1916, Nr. 2.

VII.

Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege nebst Neuregelung des Prostitutionswesens.

Eine Festlegung der Grundsätze für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten konnte schon vor dem Kriege nur eine Frage der Zeit sein; durch den Krieg ist die praktische Bedeutung des Gegenstandes in das richtige Licht gerückt und die Notwendigkeit erkannt worden, baldigst eine feste Grundlage zu schaffen, um schon beim Friedensschluß allen aus den großen Umwälzungen sich ergebenden Möglichkeiten wohlgerüstet gegenüberzustehen. Im Deutschen Reichstage hat sich der Ausschuß für Bevölkerungspolitik (29a) eingehend mit der Frage beschäftigt, und es sind als Ausfluß seiner Beratungen Anträge angenommen worden, die darauf hinzielen sollen, auf gesetzlichem Wege eine Überwachung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, eine Bestrafung des Geschlechtsverkehrs wissentlich geschlechtskranker Personen, eine stärkere Heranziehung der Krankenkasseneinrichtungen und der Lebensversicherungsanstalten, lückenlose Meldung geschlechtskranker Versicherter an die Landesversicherungsanstalten unter Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht und Ausbau der von diesen geschaffenen Beratungsstellen zu Einrichtungen für die Gesamtbevölkerung herbeizuführen. Eine sorgsame Statistik der Geschlechtskrankheiten sowie die Aufnahme der Haut- und Geschlechtskrankheiten als pflichtmäßiges Prüfungsfach in die ärztliche Staatsprüfung sind weitere grundlegende Forderungen. Im Zusammenhange mit diesen Erörterungen mußte auch die Frage, ob und nach welcher Richtung hin im Interesse der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine Neuregelung des Prostitutionswesens zweckmäßig erscheinen könne, behandelt werden.

Der Wunsch, möglichst alle Geschlechtskranken einer geordneten Behandlung zuzuführen und in dieser bis zur vollendeten Heilung zu halten, ist ein allgemeiner, ebenso die Überzeugung, daß die Verwirklichung dieses Wunsches nach dem Kriege mit Rücksicht auf die durch den Krieg in so hohem Maße veränderten Lebensverhältnisse und Lebensbedingungen großer Volkskreise und das vermehrte Interesse des Staates an der gesundheitlichen Ertüchtigung seiner Bürger eine bevölkerungspolitische Notwendigkeit darstellt, hingegen gehen über die Wege zur Erreichung dieses Zieles die Ansichten noch weit auseinander.

Digitized by Google

Übereinstimmung herrscht über einzelne grundlegende Punkte, so über die sehr verbesserungsfähige ärztliche Ausbildung und Fortbildung, für die neuerdings besonders Kirchner (22), Neisser (28), Uhlenhuth (37) eintreten, über die Notwendigkeit eines Kurpfuscher- und Annoncierverbotes, das während des Krieges auf dem Verordnungswege seitens verschiedener hoher Militärbehörden durchgeführt wurde, dem Finger (10) das Verbot der Ankündigung von Mitteln zur Selbstbehandlung zufügt; den Apothekern scheint hierdurch etwas ungemütlich zu werden, wenigstens wird ihnen in einem Artikel der Pharmazeutischen Zentralhalle (1915. Nr. 34) mit Rücksicht auf einige Verordnungen große Vorsicht anempfohlen, ein reines Verkaufsgeschäft, wie es zulässig sei, sollten sie nur annehmen, wenn der Käufer ohne Bezugnahme auf eine Krankheit ein genau benanntes Arzneimittel verlange, und die Anfertigung (auch älterer) von nicht approbierten Personen ausgestellter Rezepte, sofern sie zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten dienten, lieber ablehnen. Diesen Erfolg auch nach dem Kriege festzuhalten, wäre sicher erwünscht.

Von allgemeinen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kommt die Möglichkeit unentgeltlicher Behandlung [Blaschko (1), Uhlenhuth (37)] in Betracht, Finger (10) schlägt für ländliche Bezirke Wanderärzte vor. Zur Verhütung weiterer Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten, die nach dem Kriegsende drohend ist, hält Hecht (16) ein Gesundheitsattest bei der Eheschließung, Trumpp (36) ein Eheverbot bei Geschlechtskrankheiten für unbedingt nötig; zur Eheschließung soll eine staatlich-ärztliche Erlaubnis erforderlich sein, Untersuchung durch „Eheberater", zu denen Ärzte und Ärztinnen durch ein Examen werden können.

Jesionek (19) führt im Anschluß an eine Besprechung des Erlasses des Preußischen Kriegsministeriums vom 14. VII. 1915 aus, daß eine wirkliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten leicht wäre durch ein Gesetz, welches manifest venerisch Erkrankte aus dem Verkehr ausschaltet und bis zur Wiederherstellung staatlich organisierter Behandlung und Beratung unterstellt.

Blaschko (2) beschränkt die Beaufsichtigung auf Personen beiderlei Geschlechts, die durch ihr öffentliches Verhalten verdächtig oder einem zu errichtenden „Gesundheitsamt" angezeigt sind; sie haben diesem einen Gesundheitsnachweis und, falls sie krank sind, den Nachweis regelmäßiger Behandlung zu liefern, nur wenn dies nicht befolgt wird, soll Zwangsbehandlung eintreten.

Dreuw (5, 6, 7) vertritt in zahlreichen Veröffentlichungen seinen Plan eines „statistischen Gesundheitsamtes", dem von den behandelnden Ärzten sämtliche Kranken zu melden und von diesen wöchentliche

Digitized by Google

Bescheinigungen über die Behandlung einzureichen sind; dieses System soll den Vorzug haben, alle Ärzte zu beteiligen, eine genaue Statistik, genügend durchgeführte Behandlung, Beobachtung, Beschränkung der Ansteckungsmöglichkeiten zu erzielen, dem Kranken die Möglichkeit zu geben, sich von dem Arzte seines Vertrauens behandeln zu lassen und den Arzt jederzeit wechseln zu können. Hiergegen wendet sich Stern (34), der, indem er die Frage der Anzeigemöglichkeit für gewisse Fälle offen läßt, die allgemeine Anzeigepflicht für undurchführbar, schädlich und für den Ärztestand gefährlich hält, dessen unlautere Elemente dadurch begünstigt würden; viele, gerade bessere Kreise, würden dadurch abgeschreckt werden, zum Arzt zu gehen, die Kurpfuscherei würde zunehmen. Er erblickt auch große Schwierigkeiten in der Ausstellung der Atteste (nicht immer würde die richtige Diagnose gestellt oder mitgeteilt werden), besonders beim Wechsel des Arztes und der Feststellung der Heilung.

Schild (31) verwirft gleichfalls die Vorschläge von Dreuw; er wünscht Anmeldung beim Kreisarzt, außerdem vierteljährliche Berichterstattung der Ärzte über die Behandlung ihrer Geschlechtskranken.

Neisser (28) macht für die allgemeine namentliche Meldung ein strenges Kurpfuscherverbot und die Schaffung eines auch mit der Überwachung der Geschlechtskranken betrauten Gesundheitsamtes, nicht polizeilichen, sondern ärztlich- sanitären Charakters, das das Recht haben müßte, Kranke, die sich gemeingefährlich verhalten, zu verwarnen und eventuell einer sanitären Kontrolle zu unterstellen, zur Voraussetzung.

Während v. Zumbusch (39) und v. Zeissl (38) für den Meldezwang eintreten, wird er von Kirchner (22) und Lesser (25) entschieden verworfen, der recht bedenkliche Folgen davon befürchtet; doch wird ein Anzeigerecht des Arztes von Hübner (17) und Finger (10, 11) für gewisse Fälle, besonders bei Gefährdung der Umgebung, befürwortet. In diesem Sinne ist auch durch § 4 der Lübecker Medizinalordnung [zitiert nach Ebermeyer (8)] jeder Arzt gehalten, dem Medizinalamt die Geschlechtskranken anzuzeigen, falls durch ihr Verhalten oder ihre Berufstätigkeit Umgebung oder Publikum gefährdet erscheint. Finger (10, 11) wünscht auch einen Untersuchungszwang für verdächtige Personen, wie er in Dänemark besteht.

Ebenso wie für den Meldezwang treten Zumbusch (39), v. Zeissl (38) und auch Block (3) auch für den Behandlungszwang ein, den Finger (11) in der Weise empfiehlt, wie er in Dänemark gehandhabt wird, Lesser (25) verwirft ihn ebenso wie Neisser (28), der die gesetzlichen Handhaben für ihn vermißt, nachdem die im Regulativ von 1835 gegebene Möglichkeit durch das Seuchengesetz aufgehoben sei; eine gewisse Aussicht biete die Heranziehung der §§ 1372 und 529 der RVO, wonach die Invaliden-

Digitized by Google

rente versagt werden kann, wenn der Kranke sich dem Heilverfahren entzogen hat, und der Krankenkassenordnungen, durch die Strafen festgesetzt werden können für Kranke, die die Anordnungen des Arztes übertreten.

Die Fragen der Zwangsmeldung und Zwangsbehandlung haben ein erhöhtes Interesse gewonnen mit der Einrichtung der im ganzen Reiche zunächst für entlassene Kriegsteilnehmer geplanten, sehr bald jedoch auf weitere Kreise der Bevölkerung ausgedehnten Beratungsstellen.

Zwar hatte die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bereits am 1. Januar 1914 in Hamburg eine Fürsorgestelle für syphilitisch Erkrankte ins Leben gerufen, über die Hahn (13, 14) berichtet und die nach seiner Ansicht bereits im ersten Jahre durch Anordnung von über 1000 Kuren bei Patienten, die sonst niemals zum Arzt gegangen wären, gute Erfolge erzielt hat. Die Tatsache, daß ein großer Prozentsatz der Geschlechtskranken, zum Teil infolge der mangelnden Kenntnisse der Ärzte über die Notwendigkeit wiederholter Kuren, nicht bis zur völligen Heilung behandelt wird, war für Neisser (28) einer der Hauptgründe, sich für die Einrichtung der Beratungsstellen einzusetzen; daß er den Prozentsatz der ungenügend behandelten Syphilitiker auf Grund einseitiger Statistik viel zu hoch annimmt, wenn auch sicherlich eine wesentliche Verringerung der noch immer bedauerlich großen Zahl ungeheilter Syphilitiker erzielt werden könnte, glaubt Ref. (26) an anderer Stelle nachgewiesen zu haben. (Schluß folgt.)

Aus dem Res.-Lazarett Speyer (Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Straub).

Zur Trichophytiefrage.

Von

Dr. P. Unna jr.,

Stabsarzt d. R., leit. Arzt d. Haut- u. Geschlechtsstation Speyer.

Der verdienstvollen Anregung von Prof. Galewsky folgend, teile ich kurz meine Erfahrungen über Trichophytie mit.

Als leitender Arzt eines größeren Hautlazaretts im Westen Deutschlands hatte ich Gelegenheit, eine große Menge von Trichophytiekranken zu beobachten und zu behandeln. Diese kamen teils vom westlichen Kriegsschauplatz, teils aus den Garnisonen und in letzter Zeit in erhöhtem Maße aus den größeren Städten der Pfalz.

Von einer Häufung von Epidermophytien (Ekzema marginatum) kann man meines Erachtens nicht reden; diese Fälle treten bei uns wenigstens sporadisch auf und kommen bezeichnenderweise mehr in chirurgischen Lazaretten vor, wo bei lange bettlägerigen Kranken unter feuchten Verbänden und Dauerverbänden und bei Kranken, die Heißluft- oder Badekuren durchmachen, sich sowohl Ekzema marginatum- wie Erythrasma-Fälle zeigen. Leider fehlt uns ein bakteriologisches Laboratorium, welches für die

Digitized by Google

mykologischen Untersuchungen in ausreichender Weise eingerichtet ist. Für die militärärztlichen Zwecke ist das ja auch nicht unbedingt erforderlich. Wir halfen uns mit der mikroskopischen Diagnose der Untersuchung mit 40—50%iger angewärmter Kalilauge. In schwierigen Fällen hat sich uns, ebenso wie GALEWSKY, die Kultur in der PLAUTschen Kammer vortrefflich bewährt. In Ermangelung der notwendigen Anzahl von Petrischalen haben wir die Objektträger auf feuchte Zellstoffwatte in blechernen Zigarettenschachteln gelagert und in dem Baderaum des Lazaretts, der über die notwendige gleichmäßige Temperatur verfügt, die Pilze angereichert. Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, daß die Auffindung eines deutschen „Probenährbodens", der uns von dem Milieu d'épreuve der Franzosen emanzipiert, ein dringendes Bedürfnis und eine patriotische Tat wäre.

Was die Verbreitung der Erkrankung anbelangt, so habe ich wiederholt Infektionen von Wärterpersonal erlebt und kann die Ausführungen GALEWSKYS über die Schwierigkeit, die Flechten wirksam zu bekämpfen und zu verhindern, in allen Punkten unterschreiben. Auffällig ist die Schnelligkeit, mit der manchmal der kaum sichtbare erste Fleck sich in wenigen Stunden zu ausgedehnten Plaques vergrößert. Es scheint die Virulenz der Pilze in manchen Fällen im Beginn eine sehr große zu sein, um rasch abzunehmen, während in anderen Fällen jede Reizung der Haut eine neue Ausbreitung nach der Tiefe und der Fläche zu und Aussaat über den Körper mit sich zieht. Den Ausführungen GALEWSKYS über den Infektionsmodus habe ich wenig hinzuzufügen.

Die Möglichkeit der Übertragung auf Frauen und Kinder beweist schon, daß die Friseure nicht die einzige Quelle der Ansteckung sind. Infektion mit Gasmasken wurde mehrfach als Infektionsquelle angegeben, ebenso der Gebrauch von Kleidungsstücken, gemeinsamen Handtüchern und das Liegen in denselben Unterständen mit Bartflechtenkranken. Das gemeinsame Übel bei all diesen Infektionsquellen ist der Mangel an Reinlichkeit, ein notwendiges Übel des Feldkrieges, und den Friseuren wird wohl viel zur Last gelegt, was in Wirklichkeit gar nicht ihre Schuld ist. Immerhin ist zu einer wirksamen Prophylaxe eine rigorose Überwachung der Friseurstuben unbedingt notwendig. Eine Vermehrung derselben und Einrichtung von Spezialfriseuren für Bartflechtenkranke (GALEWSKY a. a. O.) ist dringend wünschenswert. Zum mindesten ist zu fordern, daß jede Kompanie, Batterie usw. ihre eigenen Friseurstuben unterhält. Als gutes Desinfektionsmittel hat sich mir früher das Grotan (von Schülcke & Mayer) sehr gut bewährt. Ein gutes, obligatorisches Merkblatt für sämtliche Friseurstuben der Heimat und des Operations- und Etappengebietes wäre zu fordern; noch mehr ist aber von Gesundheitsbesichtigungen und Belehrung der Offiziere und Mannschaften für die Vorbeugung der Pilzerkrankungen Gutes zu erwarten. Die Gesundheitsbesichtigung könnte am besten mit den 14tägigen Gesundheitsbesichtigungen verbunden werden. Hierbei wären besonders die Abkommandierten und Pferdewärter und die Kolonnen und kleineren Detachements zu berücksichtigen, die häufig besonders zur Verbreitung der Mykosen und zur Verschleppung der Krankheit beitragen.

Leichtere Trichophytiefälle wären meines Erachtens in besonderen Sammellazaretten für Leichtkranke zu behandeln, in der Heimat im Revier des Truppenteiles. Vor allem ist es wünschenswert, daß für sämtliche Truppen- usw. Ärzte ein geeignetes, womöglich mit Bildern in natürlichen Farben versehenes Merkblatt ausgearbeitet wird, in dem die Behandlungsmethoden genau besprochen werden. Dadurch sollte der nicht spezialistisch gebildete Militärarzt in den Stand gesetzt werden:

1. die leichtesten Fälle ambulant zu behandeln (im Revier) und
2. durch prophylaktisches Eingreifen das Zustandekommen von Epidemien zu verhindern.

Digitized by Google

Dadurch, daß manche Kollegen auch die leichtesten Fälle von oberflächlichen Hauttrichophytien, die gewöhnlich mit 5—10%iger Jodtinktur anstandslos in einigen Tagen abheilen, in die Hautlazarette oder noch ungünstiger in nichtspezialistische Stationen schicken, werden diese über Gebühr belastet.

Heilt ein Trichophytiefall nicht binnen wenigen Tagen, sei es wegen seiner Virulenz oder Reizbarkeit, im Revier oder dem Sammellazarett ab, so ist er einem Spezial-lazarett zu überweisen.

Was nun die Behandlung betrifft, so waren wir mit unseren Resultaten im allgemeinen recht zufrieden. Allerdings hüteten wir uns von vornherein, durch schlechte Resultate im Anfang gewarnt, Reizungen hervorzurufen, wie wir seit 1915 besonders nach Naphthol, Chrysarobin, Pyrogallol und Teersalben, ferner nach zu starken Quarz- und Röntgendosen sahen.

Unsere Hauptbehandlung und Anfangsbehandlung besteht im folgenden. Bei den tieferen Formen: Umschläge mit 2—3%iger Resorzinlösung (in letzter Zeit mit warmer Resorzinlösung), bei den oberflächlichen: Jodtinktur-Pinselungen $2^1/_2$—5—10%ig 2—5mal täglich; in jedem Falle methodische Epilation der Haare. Bei der Resorzinlösung sahen wir außerordentlich selten Reizungen, bei der Jodbehandlung ziemlich selten. Auch von Umschlägen mit essigsaurer Tonerde, verdünnter Permanganatlösung und anderen Desinfizientien sahen wir recht Gutes.

Spiritusumschläge und Salbenverbände haben sich bei uns viel weniger bewährt. Auch sie wirken sicherlich in manchen Fällen rasch und günstig, aber sehr häufig kommen Reizungen und damit Verschlimmerungen vor. Besser als Salben wirken infolge der fixierenden und mildernden Puderwirkung meines Erachtens Pastengrundlagen.

Auch von Pudern, z. B. Resorzinpuder 5%ig, habe ich gute Erfolge gesehen. Abszesse werden bei uns mit Spitzpaquelin ein um den anderen Tag gestichelt, bei raschem Operieren ein relativ schmerzloses Verfahren.

Die Epilation geschieht täglich durch die Krankenwärter und besonders ausgebildete Hilfskrankenwärter (Patienten). Auf eine möglichst intensive Epilation ist der größte Wert zu legen. Trichophytin stand mir leider nicht zu Gebote, ebensowenig die übrigen allergischen Behandlungsmethoden.

Was nun die Behandlungsdauer betrifft, von der Galewsky nicht spricht, so war die Durchschnittsdauer der oberflächlichen Formen im allgemeinen schätzungsweise 2—4 Wochen, bei den tiefen, knotigen Formen 2—3 Monate.

Wenn man in Betracht zieht, daß eine Röntgenbehandlung, die doch immer ein gewisses kosmetisches Risiko mit sich bringt, gering gerechnet auch 6—8 Wochen dauert, so kann man meines Erachtens damit zufrieden sein. Bei sehr reizbaren Fällen, die zu bretthartem Ödem der ganzen Kiefergegend mit derber Knotenbildung (Galewsky, a. a. O. S. 151) geführt haben, kommt allerdings auch eine weit längere Behandlungsdauer vor. Auch die Fälle, welche zu ausgedehnter, kavernenförmiger Abszeßbildung neigen, haben eine zweifelhafte Prognose.

Außer den derben starken Bärten der Landsturmleute (Galewsky, a. a. O. S. 152) tragen nach meiner Ansicht nicht selten schlechter Wille einzelner Patienten, zur Verschleppung und Verschlimmerung der Krankheit bei. Solche Leute sollte man grundsätzlich vor der Heilung niemals beurlauben.

Die schweren Fälle, sowie Fälle, bei denen Selbstverschlimmerung oder böser Wille vorliegt, sollten in besonderen Beobachtungsstationen vereinigt werden, welche unter Leitung der beratenden Dermatologen mit allen technischen und wissenschaftlichen Hilfsmitteln (mikroskopische und bakteriologische Einrichtung — physikalische Therapie usf.) sowie ausreichenden Isolierräumen auszustatten wären.

Digitized by Google

Versammlungen.

Außerordentliche Kriegstagung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mit Beteiligung der Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 26. und 27. März 1918.

Originalbericht von Dr. Sprinz-Berlin.

In einer Zeit, wo an der Westfront die gewaltigsten Schlachten geschlagen werden und unsere Gedanken mit fieberhafter Spannung auf die kriegerischen Ereignisse gerichtet sind, die Fachgenossen zu einer wissenschaftlichen Tagung zu berufen, schien ein gewagtes Beginnen. Aber es zeigte sich, daß der Sinn für Wissenschaft, für Fortsetzung der Kulturarbeit unentwegt in uns allen rege geblieben ist. Alle, alle kamen von allen Teilen des deutschen Reiches. Auch der allverehrte Präsident Veiel hatte die beschwerliche Reise nicht gescheut. Von Wien war Riehl herbeigeeilt, um sich an der Aussprache über die von ihm als etwas Neues erkannte und jetzt im Vordergrunde des Interesses stehende **Melanose** zu beteiligen.

1. Blaschko gibt zu diesem Thema das einleitende Referat. Schuld an der melanotischen Verfärbung trage in vielen Fällen die mangelhafte Raffinierung der Öle und Teerprodukte; aber gewerbliche Schädigungen könnten nicht allein die Ursache sein. Früher habe man wohl Pigmentationen, Keratosen, Papillome und Karzinome beobachtet, aber niemals so ausgesprochene Melanosen. Es bleiben Fälle übrig, wo gewerbliche Schädigungen gänzlich auszuschließen seien. Für diese habe Riehl die interne Aufnahme toxischer Stoffe mit der Nahrung als Ursache angenommen. Das Bild sei der Pellagra verwandt. Die Verfärbung sei am stärksten an den dem Licht ausgesetzten Partien, aber auch an den bedeckt getragenen Stellen deutlich. Blaschko verweist auf die Streckungsmittel unseres Brotes, auf die betrügerischen Beimengungen und Ersatzstoffe unserer Nahrung, die wahrscheinlich die Träger toxischer, die Haut für Licht sensibilisierender Stoffe seien.

Riehl betont mit Nachdruck, daß alle Melanosen, bei denen gewerbliche Hautschädigungen zu eruieren sind, von der sogenannten Riehlschen Melanose abzutrennen sind. Riehl ist jetzt mit Untersuchung der Puffbohne beschäftigt, die als Brotzusatz eine Rolle spielt. In der Puffbohne sei ein Stoff enthalten, der dem Dopaferment Blochs nahesteht. Es sind noch reiche Erfahrungen zu sammeln und kritisch zu sichten.

Die weitere Diskussion klärt die Frage nicht mehr wesentlich. Der eine will Melanosen nie bei Soldaten, ein anderer nur bei Frauen gesehen haben, Arning nur im Klimakterium der Männer und Frauen, Riehl, Saalfeld auch bei Jugendlichen. Jadassohn weist auf das subjektive Wohlbefinden der Kranken hin.

Scholz glaubt, daß der seborrhoische Zustand disponierend wirke; seine Fälle reagierten stark mit Pigmentierung auf Quarzbestrahlung. Ledermann erinnert an den von ihm jüngst vorgestellten Fall von Melanose, der sich an Lichen ruber anschloß. Rosenthal will diese Fälle ausgeschlossen wissen. Es müsse eine individuelle Disposition vorhanden sein. Pulvermacher schuldigt die Kriegseifen als causa peccans an. Arning erwähnt, daß unser heutiges Vaselin eigentlich gar kein Vaselin sei, sondern Paraffin in Petrolöl. Das Petrolöl rieche scheußlich, aber das schädliche Agens sei das Paraffin, weil es Kristallnadeln habe, während das Friedensvaselin kolloidal und glatt war.

2. Als nächstes Hauptthema der Tagesordnung gibt Buschke ein anschauliches Bild von der immer mehr anschwellenden **Pilzepidemie**, die gegenwärtig Deutschland befallen hat. Anfangs handelte es sich nur um das harmlose Ekzema marginatum. Durch geeignete prophylaktische und therapeutische Maßnahmen ist diese Dermatose fast ganz zum Schwinden gebracht. Demgegenüber hat die Trichophytie so zugenommen, daß heute die Hälfte aller Hautkranken an Bartflechte leidet. Die Epidemie hat von der Armee ihren Ausgang genommen. Numerisch steht das Trichophyton cerebriforme an der Spitze; aber auch andere Typen spielen eine Rolle, so das Trich. granulosum und das Trich. rosaceum. Von letzteren wissen wir genau, daß der Westen das Einfallstor gewesen ist. Vom Westen durch heimkehrende Mannschaften verschleppt, hat es auch die Zivilbevölkerung ergriffen. Massenhaftigkeit und Bösartigkeit der Fälle

Digitized by Google

machen energische Abwehrmaßnahmen notwendig. Die Ausbreitung der Epidemie ist anscheinend ziemlich gleichmäßig. Die Einrichtung spezieller Pilzlazarette ist anzustreben. Aufklärende Merkblätter und hygienische Maßnahmen in den Barbierstuben sind notwendig. Buschke sah überwiegend tiefe Formen; hier ist Röntgen sehr geeignet, weniger für die oberflächlichen. Röntgen fördert nicht nur die Epilation, sondern auch den Schwund der Infiltrate. Daneben ist manuelles Epilieren von Anfang an notwendig. Nur sehr hartnäckige Granulationstumoren sind zu exkochleieren; in ihnen findet man bisweilen Haare als Fremdkörper. Die Vakzine scheint diagnostisch spezifisch zu sein, therapeutisch macht sich Buschke davon keine Illusionen. Das Rasieren ist den Kranken streng zu untersagen. Im Gegensatz zu der zielbewußten Mithilfe der Militärbehörden bei der Bekämpfung der Epidemie stoßen unsere Maßnahmen bei der Zivilverwaltung auf Widerstand. Buschke verspricht sich bessere Fortschritte bei Erforschung der Mykosen durch Zusammenarbeiten von Ärzten und Botanikern in zentralen, mykologischen Forschungsinstituten.

Fischer gibt wertvolle Ergänzungen zu Buschkes Referat. Das Ekzema marginatum kam vielfach auf freien Körperflächen zur Beobachtung. Bettwärme und feuchte Umschläge begünstigen sein Entstehen; Desinfektion der Wäsche und Einschränken der feuchten Verbände sind Mittel zur Bekämpfung. Die Trichophytien stiegen von 2% der Hauterkrankungen der Männer bis zu 28%. Die einzelnen Trichophytonarten haben ihre bestimmte geologische Ausbreitung. Von Tiertrichophytien wissen wir noch sehr wenig. 1915 hatten wir viele Erkrankungen durch Pilze, die von Pferden stammten. Diese Art Erkrankungen ist durch Ausschaltung des alten Pferdematerials geschwunden. Das therapeutische Ziel muß sein, die Erkrankung in der oberflächlichen Form zu heilen. Die Haare sind schon bei den oberflächlichen Formen als infiziert anzusehen und in jedem Falle zu epilieren. Zur Erläuterung hatte Fischer Kulturen aller vorkommenden Trichophytonarten und mikroskopische Präparate ausgestellt.

Scholz hatte gute Erfolge mit dem Mischtrichophytin Hoechst. Die diagnostische Reaktion ist so gut wie spezifisch, nur Lupus reagiert mit. Tiefe Formen reagieren ausnahmslos positiv. Therapeutisch wählt man kleine Dosen von 0,1 in steigender Konzentration.

Veiel: Die Arbeiter widerstreben vielfach der Krankenhausbehandlung. Bei ambulanter Behandlung sind Resorzinschwefelpuder und Salizylspiritus zu empfehlen. Salben werden meist schlecht vertragen. Operatives Vorgehen erübrigt sich stets. Wo Leinsamen mangelt, genügen warme Borumschläge.

Galewsky hält die Gasmasken und die Wachmäntel der alten Landsturmleute für gefährliche Infektionsquellen. Ein allgemeines Rasierverbot stößt auf Schwierigkeit. Für die Barbierstuben stehen noch Kresolersatz und H_2O_2 als Desinfektionsmittel zur Verfügung. Viel Schuld an der Ausbreitung ist die Unkenntnis der Friseurlehrlinge. Galewsky fordert dermatologische Konsiliarii auch für das Feld und Aufklärung der Bevölkerung durch Vorträge und Merkblätter.

Blumenthal fand die Quarzlampe nur schädlich. In einzelnen Fällen ist die Aureollampe wirksam. Die Röntgenbestrahlung wirkt spezifisch auf den Krankheitsprozeß, wie sich an dem Mitanschwellen der nicht bestrahlten Knoten zeigt. Für die Sykosis profunda ist eine Tiefenbestrahlung notwendig. Das Immunisierungsverfahren erscheint deshalb aussichtsvoll, weil die Ausheilung der Trichophytien mit Hinterlassung von Immunität gerade auf diesen Weg verweist.

Jadassohn: Die eigentlichen Kerionfälle, in Breslau sehr selten, heilen prompt unter heißen Umschlägen. Häufiger sind die tief infiltrierenden Formen, wahrscheinlich durch Trich. cerebriforme bedingt. Sie stehen in der Mitte zwischen den humanen und den tierischen Formen. Die therapeutischen Erfolge sind bei den furunkuloiden Fällen viel schlechter. Einzelne, durch Trich. granulosum bedingte Fälle traten sehr akut, scharlachähnlich auf. Jadassohn betont die Schwierigkeit der Durchführung der Prophylaxe und Bekämpfung der Epidemie bei der Zivilbevölkerung.

Aus der noch folgenden Diskussion sei erwähnt, daß Bruhns die Wärmeanwendung mit elektrischen Heizkissen durchführt.

Hoffmann macht auf das Miterkranken des Schnurrbartes aufmerksam. Für die Rasierstuben ist Papierwäsche oder das Mitbringen eigener Wäsche empfehlenswert. Auch Sodalösung eignet sich zur Desinfektion.

Rosenthal weist darauf hin, daß der Herpes tonsurans nicht selten unter dem Bilde einer einfachen Impetigo contagiosa beginnt. Jodtinktur sei schädlich. Salizylspiritus wirke tiefer und färbe nicht. Recht nützlich sei die Massage der Knoten.

Digitized by Google

Delbanco hat an unser schmutziges kleines Papiergeld als Verbreitungsweg der Pilze gedacht.

Saalfeld bringt die Sublimatkataphorese in empfehlende Erinnerung.

F. Meyer lobt die Klingmüllerschen Terpentinölinjektionen, die er 20% und höher angewendet hat; erforderlich waren acht bis zwölf Injektionen.

Chajes meidet die Terpentinbehandlung wegen der schmerzhaften Infiltrate. Der Pilznachweis ist meist mühelos und in jedem Falle zu fordern. Chajes versucht jetzt den Abschluß des Herpes durch Sterilin, dem er die gewünschten Zusätze einverleibt.

Baer, Frankfurt a. M., sah gute Erfolge von Leukogen und Trypaflavin.

Klingmüller warnt, das Terpentin höher als 20% zu verwenden; er begnügt sich mit kleinen Dosen und braucht nicht mehr als zwei bis drei Injektionen.

Galewsky: Schwierig ist oft die Entscheidung, wann die Trichophytie als geheilt anzusehen ist. Rezidive sind häufig. In seinem Schlußwort stellt Buschke fest, daß nicht allzuviel Meinung für den therapeutischen Effekt der Vakzine zutage getreten sei. Die Versammlung beschließt bei der Regierung vorstellig zu werden, daß wegen zunehmender Ausbreitung der Bartflechten sofortige behördliche Maßnahmen erforderlich seien.

3. Ledermann berichtet über einen Fall von **Aleppobeule** am Handgelenk. Heilung durch Exstirpation. Parasitenbefund positiv. Bemerkenswert war das Befallensein der Kubitaldrüsen. Histologisch interessierte die starke Verbreiterung der Epidermis und das lymphozytäre Granulom in der Kutis mit Riesenzellen, das an Tbc. erinnerte.

Bettmann bestätigt die Schwierigkeit der histologischen Differenzierung. Ausschlaggebend sei allein der Nachweis des Erregers. Sehr geeignet dazu sind frische Ausstrichpräparate. Dagegen bemerkt Jadassohn, daß das histologische Bild bisweilen recht charakteristisch sei (hochgradige Epithelwucherung und eventuell Nachweis von Entwicklungsformen der Leishmannia in den Riesenzellen).

4. Jadassohn hat **Epitheliome am Rumpfe** beobachtet, die ganz flach aufsaßen und schwierig zu diagnostizieren waren, solange Ulzerationen fehlten. In dem einen Falle hatte die Kranke schon 20 Jahre lang bunt aussehende Flecke am Rumpfe, aus denen schließlich das Epitheliom hervorging. Histologisch fanden sich Basalzellenherde, umgeben von Spinalzellen, also intraepidermidal gelegen.

5. Bruhns gibt an Hand vortrefflicher Moulagen eine Darstellung des solitär auftretenden **Erythema migrans.**

Bettmann machte eine gleiche Beobachtung; interessant war das freilich nur vorübergehende Verschwinden des Erythems nach Quarzbestrahlung.

6. Brieger erörtert in einem zusammenhängenden Vortrage die **klinische Bedeutung** des von ihm zur Erkennung der Syphilis verwandten **Gerinnungsprozesses von Serum** und Blut durch Zusatz von Alkohol. Der Reaktion liegt die Tatsache zugrunde, daß eine Vermehrung der leicht fällbaren Eiweißkörper bei Syphilis festgestellt ist. Zum Nachweis des Gerinnungsphänomens erwies sich der Zusatz des stark reduzierenden Pyrogallols am zweckmäßigsten. Verwandt wird aktives, möglichst frisches Serum. Die Reaktion ist unspezifisch, aber anscheinend klinisch ein gutes Hilfsmittel. Die Ergebnisse decken sich nur teilweise mit der Wassermannschen Reaktion. Weitere umfangreiche Versuchsreihen sind erforderlich.

7. Die nun folgende Aussprache über die Frühbehandlung der Syphilis wird eingeleitet durch einen lichtvollen Vortrag Wassermanns über die verschiedenen **biologischen Stadien der Lues und deren Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion.** Im Verlaufe jeder nicht behandelten Syphilis läßt sich mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion feststellen, daß das Blut zunächst negativ reagiert, um später positiv zu werden. Wir haben also zwei Stadien, getrennt durch den Eintritt einer bestimmten Reaktion. Diese zwei Stadien sind die biologischen Grundstadien. Die Trennung ist nur durch die serologische Untersuchung möglich, nicht durch die klinische. Diese beiden Stadien sind grundlegend verschieden. Das Blut reagiert im Vor-Wassermann-Stadium noch absolut negativ; untersuchen wir jedoch das Reizserum im Vor-Wassermann-Stadium, so finden wir es schon positiv reagierend. Diese Tatsache lehrt, daß die positive Reaktion nicht im Blute entsteht, sondern im Gewebe. In der Vor-Wassermann-Zeit ist die Spirochäte noch ein mobiler Parasit auf der Wanderung, eine einfache Spirillose, noch keine im Gewebe verankerte. In der Nach-Wassermann-Zeit ist die Spirochäte zum metastatischen Gewebsbewohner geworden; das Gewebe hat darauf reagiert. Die Spirochäten haben sich an den Wirtsorganismus akklimatisiert. Diese Erkenntnis ist für die Therapie von ungeheurer Bedeutung. Ein Mensch, der im Vor-Wassermann-Stadium mit spirilloziden

Digitized by Google

Mitteln behandelt wird, bleibt mit 100% Wahrscheinlichkeit dauernd negativ und gesund; vorausgesetzt, daß die serologische Untersuchung ganz exakt gewesen ist. Je weiter wir uns vom Vor-Wassermann-Stadium entfernen, je länger wir der Spirochäte Gelegenheit geben, Gewebsspirochäte zu werden, desto schwieriger wird die Heilung, desto stabiler wird die Wassermannsche Reaktion. Eine Sterilisatio magna im Sinne Ehrlichs ist durchaus möglich, aber nur während eines ganz kurzen Stadiums der Frühsyphilis. Die möglichst frühzeitige Behandlung ist demnach das Grundprinzip der Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche.

In der nun folgenden Aussprache über die **Frühbehandlung der Syphilis** sind sich alle Redner einig in der Bewertung der frühen Erkennung und rechtzeitigen Behandlung der Syphilis. Aber die einen bleiben weiter auch für die Frühsyphilis auf Grund ihrer Erfahrung und ihres Temperamentes bei der intermittierenden Behandlung, während die anderen nach der rechtzeitig begonnenen und gründlich durchgeführten Kur den Kranken als geheilt ansehen und dementsprechend weitere Kuren für überflüssig halten! Darin läge natürlich, wenn die weitere Beobachtung ihnen recht gäbe, ein erheblicher wissenschaftlicher und praktischer Fortschritt.

Hoffmann hatte das einleitende Referat. Der prämonitorische Herpes, jede unscheinbare Erosion ist zu beachten. Drüsenpunktion, Entnahme des Gewebssaftes aus der Tiefe muß jeder Arzt beherrschen. Bessere Ausbildung und Examenszwang im Spezialfach sind zu fordern. Exzision des P.A. ist nicht unbedingt erforderlich, dagegen energische Lokalbehandlung. Für die eigentlichen Frühfälle genügt eine einzige Kur, die bis zu 100% Heilung verspricht. Die frischen Sekundärfälle werden mit zwei Kuren in dreimonatlichem Intervall behandelt. Auch hier haben wir noch 80% Heilungschance. Zu schwache Kuren sind gefährlich. Hoffmann verwendet neben einer gründlichen Schmierkur 8—10 Salvarsaninjektionen in wöchentlichen oder fünftägigen Intervallen. Bei der kombinierten Kur sei die Gefahr der Nervenschädigung verringert. Altsalvarsan sei toxischer, aber dafür wirkungsvoller als die neueren Präparate. Seine Methode habe vor der Scholzschen nur den Vorteil schematischer Einfachheit.

In der anschließenden Diskussion betont Jadassohn die Schwierigkeiten, die sich dem Kliniker bei der Benutzung der beiden biologischen Grundstadien, wie sie Wassermann heute aufgestellt hat, für die Wahl der Therapie ergeben. Die scharfe Abgrenzung der beiden Stadien ist klinisch oft unmöglich. Es gibt eben zu viel individuelle Verschiedenheiten des Verlaufs; auch tritt die Wassermannsche Reaktion individuell verschieden auf. So verlockend es wäre, in den Frühfällen die Behandlung zu verringern, so bleibt Jadassohn bei den ihm gut bewährten Vollkuren und verzichtet noch nicht auf folgende Kuren und auf die Verwendung von Quecksilber.

Blaschko empfiehlt für vorsichtige, ambulante Behandlung täglich wiederholte, kleine Salvarsandosen etwa dreimal 0,2. Blaschko fordert kurzfristige Ärztekurse zur Unterweisung in der Früherkennung der Syphilis. Die Versammlung erhebt seinen Antrag zum Beschluß.

Rosenthal findet, daß in der Praxis die Frühbehandlung recht häufig illusorisch ist, weil wir die Kranken viel zu spät zu Gesicht bekommen. Man denke, wie selten Frauen mit einem Primäraffekt in Behandlung treten. Rosenthal tritt lebhaft für die Beibehaltung des Quecksilbers als des wirkungsvollsten antisyphilitischen Mittels ein. Die intermittierende Behandlung ist für die Zukunft des Kranken segensvoller, als wenn man abwartet, ob Rückfälle eintreten.

F. Lesser spricht sich sehr optimistisch über die Heilungsaussichten der Frühfälle aus. Wenn die Serumreaktion absolut negativ ist, d. h. bei sorgfältiger Methode noch keine Spur von Hemmung zeigt, dann genügen drei Neosalvarsaninjektionen dos. IV in zweitägigen Intervallen, um den Kranken definitiv zu heilen, so daß sich eine Lazarettbehandlung erst gar nicht lohnt. Salvarsan wirkt provokatorisch auf die Reagine. Bei kombinierter Kur beseitigen wir die schlummernden Reagine. Die kombinierte Kur stört die richtige Beurteilung des Falles seitens des Arztes. Die Reagine werden vom Quecksilber abgefangen, so daß der provokatorische Effekt des Salvarsans nicht zum Ausdruck kommt. Es erscheint deshalb ratsam, neue Versuche mit reiner Salvarsantherapie zu beginnen.

Scholz kann der Auffassung Lessers, daß durch Hg die Reagine zerstört werden, nicht beipflichten, da auch bei reiner Hg-Behandlung die Wassermannsche Reaktion positiv wird. Nach Neosalvarsan sah Scholz häufiger Encephalitis haemorrhagica und verwendet deshalb nur Altsalvarsan. Sein Behandlungsmodus der Frühsyphilis habe sich ihm weiter gut bewährt.

Digitized by Google

Arning empfiehlt an Stelle der jetzt wegen der fehlenden Magnesiumstifte schwer zu beschaffenden Dunkelfeldlampe eine neue helle Lampe der A. E. G.

Moritz a. G. sah bei einem Soldaten, der eine Commotio cerebri erlitten hatte, nach Salvarsan eine irreparable Paraplegie. Moritz folgert aus seiner und entsprechenden Beobachtungen Scholzs', daß Leute mit Kopftrauma nach Salvarsan zu schweren Zufällen disponieren.

Generalarzt Schulzen äußert sein volles Einverständnis zu den vorgetragenen Bestrebungen. Der Kampf gegen die Syphilis muß unter allen Umständen aufgenommen werden! In der Armee werden sich die notwendigen Maßnahmen leichter erzielen lassen. Sämtliche Soldaten sind dahin aufzuklären, daß je früher sie kommen, desto sicherer die Heilung ist. Sie sollen sich mit allen irgendwie verdächtigen Affekten an den Arzt wenden. Die Ärzte sollen jeden Kranken, bei dem sie nicht mit Sicherheit Syphilis ausschließen, einem Facharzte zuweisen. Jedes unheilvolle Dranherumbehandeln ist zu unterlassen. Die spezifische Behandlung soll so frühzeitig wie möglich beginnen. Wir bekommen dann hoffentlich mehr Kranke noch im Vor-Wassermann-Stadium in Behandlung und damit vielleicht zur völligen Heilung. Durch unsere Bestrebungen in der Armee wird sich das Verständnis und Interesse auf große Teile des Volkes ausdehnen. Schulzen verspricht die sofortige Einrichtung von Ausbildungskursen für Truppenärzte in der Frühdiagnose der Syphilis.

Bruhns ist für Wiederholungskuren auch der Frühfälle. Die negative Reaktion schlägt manchmal erst kurz vor den klinischen Erscheinungen ins Positive um. Die negative Latenzzeit im Blute kann außerordentlich lange dauern, ohne daß wir daraus schließen dürfen, daß die Syphilis geheilt ist.

Müller-Metz weist auf die bei der Demobilisation bevorstehende Ausbreitung der Syphilis auf die Frauen und über das platte Land hin. Fortbildungskurse sind auch für Landärzte notwendig.

Müller hat das von Neisser zuerst 1903 beschriebene und als **urtikarielles Ekzem** bezeichnete Krankheitsbild während des Krieges in Mainz häufiger gesehen. Er hält die Affektion für eine echte Kriegsdermatose durch äußere und innere Toxine bedingt.

Den Sitzungen gingen Demonstrationen interessanter Krankheitsfälle voraus. Hervorzuheben sind **Melanosen** und **Schmierölschädigungen** der Haut (Kaufmann-Wolf, Pulvermacher, Wechselmann); ein Fall hochgradiger **Bromakne** (Ledermann) und der bereits publizierte Fall von **Hämangioendotheliom** (Saalfeld). Hoffmann zeigte ein Mädchen mit einem knorpelharten Tumor der Nase, der sich nach Entfernung eines Nävus entwickelt hatte (**Fibromelanom** mit positiver Dopareaktion in den oberen Melanomschichten); ferner einen Jungen mit **Boeckschen Sarkoiden** auf beiden Nates. Auffällig war der negative Ausfall der Tuberkulinreaktion. Sprinz demonstrierte einen **nävogenen Tumor** des **Kapillitiums**, der nach Kopftrauma entstanden war und das Bild einer Cutis verticis gyrata bot, und einen Mann, der seit acht Jahren an der von Hoffmann zuerst abgegrenzten **Perifolliculitis abscedens et suffodiens** leidet. Sprinz stellte auch Gypsabdrücke aus von seltenen Nagelanomalien und zwar **Polydaktylie** zusammen mit **Syndaktylie** und ferner eine angeborene **Makrodaktylie.**

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Der Ärztestand und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Otto May-London. (Lancet, 25. November 1916.) Für den Verfasser kommen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besonders zwei Hauptlinien in Betracht, in welchen sich die Maßnahmen bewegen sollen: 1. die Belehrung des Publikums über die individuelle und soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, die Wichtigkeit der frühzeitigen Behandlung und die Gefahren der Vernachlässigung derselben; 2. die weitgehendste Fürsorge zur Ermöglichung einer Frühdiagnose und einer mit allen Mitteln der Neuzeit unternommenen Behandlung, wobei eventuell ein gesetzlicher Zwang eingeführt werden muß. Was die Belehrung des Publikums anbetrifft, so kommt es darauf an, daß Ärzte durch Aufsätze und Mitteilungen besonders in den in den unteren Bevölkerungsschichten verbreiteten Zeitungen belehrend wirken; daß durch gesetzliche Maßnahmen die Kurpfuscheranzeigen aus diesen Zeitungen verschwinden, und daß auch die besseren Zeitungen sich weniger sträuben, gegen die Geschlechtskrankheiten Stellung zu nehmen. Auch die Aufklärung der Jugend über die Gefahren derselben soll in weiterem Maße

Digitized by Google

als bisher betrieben werden. Dies ist aber nicht Sache des Lehrers, sondern, unter Mitwirkung der Eltern, Sache des Hausarztes, verlangt aber viel Takt und etwas pädagogischen Sinn. Auch in der Armee kann die Sache der Aufklärung noch mehr gefördert werden, und für Frauen kommen öftere Belehrungen durch kompetente weibliche Personen in Betracht. Dies kann zum Beispiel leicht in Warenhäusern und großen Geschäften geschehen. Was die Behandlung betrifft, so müssen Stadt- und Landbehörden für Errichtung von Spezialabteilungen sorgen, die immer allgemeinen Krankenhäusern anzugliedern sind und zu deren Kosten der Staat beitragen muß. An diesen Krankenhäusern muß für genügend spezialärztlich ausgebildete Ärzte gesorgt werden. Dies alles ist aber erst ein Schritt in dem Feldzug gegen die Geschlechtskrankheiten. Der Patient muß aber auch mit allen Mitteln zur Behandlung gedrängt werden, und zwar müssen der praktische Arzt und die Spezialkliniken in innigster Weise Hand in Hand arbeiten, so daß z. B. ersterer einen Teil der Behandlung übernimmt, während eingreifendere Prozeduren die Klinik übernimmt. Der Verfasser ist ferner der Meinung, daß ein Arzt, der die Ehefrau oder die Angehörigen eines renitenten Syphilitikers von der ihnen durch denselben drohenden Gefahr unterrichtet, sich in keiner Weise einer Verletzung seines Berufsgeheimnisses strafbar macht. A. Gunsett-Straßburg.

Die Geschlechtskrankheiten in Kopenhagen vor und nach 1906, von S. Lomholt. (Ugeskrift f. Laeger, 1916, H. 15.) Im Jahre 1906 wurde jede polizeimäßige Reglementierung der Prostitution und des Prostitutionsgewerbes aufgehoben. Der Verfasser versucht daher statistisch die Verhältnisse der venerischen Krankheiten zur Prostitution zu beleuchten. Weil die Meldungen der verschiedenen Krankheiten aber höchst verschieden sind — von mehreren vielgesuchten Spezialisten weiß man, daß sie überhaupt nicht Krankheiten anmelden —, so wird die Statistik nicht ganz maßgebend ausfallen. Über Ulcus molle kann nichts Sicheres ausgesprochen werden; es scheint, als ob seit 1906 eine Abnahme eingetreten ist. Was die Blennorrhoe betrifft, so zeigt die Kurve im großen und ganzen ziemlich stationäre Verhältnisse, mit einem deutlichen Minimum im Jahre 1906. Syphilis. Auch hier zeigt die Kurve ein stark ausgesprochenes Minimum um 1906 herum. Ein Steigen später faßt der Verfasser zunächst als ein Zeichen des bedeutend leichteren Zuganges zur unentgeltlichen Behandlung, als ein wirkliches Steigen auf. Zum Schluß sucht der Verfasser auszurechnen, wieviel die Stadt jährlich für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aufwendet. 1. In Form von Krankenhausbehandlung etwa $^1/_4$ Millionen Kronen (1 Mark = 0,90 Krone), 2. ambulante Behandlung in Polikliniken etwa 10000 Kr. jährlich, 3. ambulante Behandlung bei zwölf von der Stadt dazu angestellten Ärzten zur unentgeltlichen Behandlung von Geschlechtskrankheiten etwa 42000 Kr. Alles in allem etwa 300000 Kr., davon etwa 50000 Kr. oder $^1/_6$ für Ärztehonorar. Der Verfasser meint, daß zurzeit wenigstens $^2/_3$ aller neuen Fälle von Geschlechtskrankheiten in Kopenhagen unentgeltliche Behandlung in der einen oder anderen Form sucht. W. Holland-Kristiania.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in England, von Blaschko. (D. m. W., 1917, Nr. 2.) Die Einrichtungen zur Behandlung von Geschlechtskranken sind in England wesentlich schlechter als in Deutschland. Die Zahl der verfügbaren Betten ist außerordentlich klein. Die Krankenkassen zahlen für Krankheiten, die sich das Mitglied durch „misconduct", d. h. „liederlichen Lebenswandel" zugezogen hat, kein Krankengeld und gewähren keine Krankenhausbehandlung. Beim Zustandekommen dieses Gesetzes sind die ärztlichen Mitglieder des Parlaments sogar noch weiter gegangen, indem sie die Forderung aufstellten, daß den Geschlechtskranken jede ärztliche Hilfe von seiten der Kassen verweigert werden soll. Das englische Parlament hat, angeregt durch die Verhandlungen des Internationalen Kongresses im August 1913, noch im gleichen Jahre eine aus 15 Mitgliedern bestehende Kommission eingesetzt, die sich mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten befassen sollte. Die Kommission hat nun die Forderung aufgestellt, daß alle Ortsbehörden Untersuchungsämter zur Feststellung der Geschlechtskrankheiten einrichten sollen; der Staat soll 75 % der Kosten, die örtlichen Kassen 25 % tragen. Überall sollen Einrichtungen zur Behandlung von Geschlechtskranken getroffen werden, insbesondere sollen Ambulatorien mit Abendsprechstunden eingerichtet werden. Salvarsan soll unentgeltlich in größtem Umfange zur Verfügung gestellt werden. Von einer allgemeinen Anzeigepflicht hat die Kommission abgesehen. Dagegen soll es dem Arzt erlaubt sein, Mitteilungen zu machen, um eine Ehe mit einer geschlechtskranken Person zu verhüten oder aufzuschieben. Außerdem stellte die Kommission die Forderung der besseren Ausbildung der Studenten in der Diagnose und Therapie der Geschlechtskrankheiten, und Prüfung in diesem Fach beim ärztlichen Examen. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in England, von A. Blaschko. (D. m. W., 1917, Nr. 17.) Eine Kommission der British medical Society ist nach sorgfältiger Prüfung der Sachlage einstimmig zu der Überzeugung gelangt, „daß kein System einer Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten zurzeit Aussicht auf Erfolg habe, und zwar einmal, weil die Anzeigepflicht zur Verheimlichung der Krankheit führen würde, und zweitens, weil die Behörde in der Mehrzahl der Fälle keine wirksamen Maßnahmen zur Behandlung treffen könne. Die Kommission glaubt, daß die Zeit für ein solches Verfahren noch nicht gekommen ist, und daß, bevor man über seine Ausführung berät, es vor allem nötig sein werde, Möglichkeiten unentgeltlicher Behandlung zu schaffen, und ferner, erkrankte Personen zu verhindern, sich von nicht approbierten und unzuverlässigen Personen behandeln zu lassen, sowie das Annoncieren und den Verkauf von Quacksalbereien durch Gesetz zu verbieten." Auch die „Englische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" hat erklärt, daß sie gegenwärtig Vorschläge, die die Einführung der Anzeigepflicht bezwecken, nicht unterstützen werde. Vor kurzem ist dem Parlament eine Novelle zum Strafgesetzbuch vorgelegt worden, welche die Bestrafung des geschlechtlichen Verkehrs Venerischer, das Verbot unzüchtiger Anzeigen usw. vorsieht. Nach § 2 dieser Novelle wird bestraft, wer in geschlechtskrankem Zustande geschlechtlich verkehrt oder zum Geschlechtsverkehr auffordert. Ein Vergehen gegen diesen Paragraphen wird mit einer Gefängnis- oder Zuchthausstrafe bis zu zwei Jahren bestraft. Indessen soll eine Bestrafung nicht eintreten, wenn die betreffende Person guten Grund zu der Annahme hatte, daß sie z. Z. des Verkehrs nicht geschlechtskrank war. Erweist sich bei der vom Richter angeordneten Untersuchung, daß der oder die Angeklagte innerhalb dreier Monate vom Zeitpunkte der Begehung der Tat an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit im ansteckenden Stadium gelitten hat, so soll dies als ein Beweis dafür gelten, daß er oder sie z. Z. des Vergehens krank war, sofern das Gegenteil nicht erwiesen ist. Jede Ankündigung betreffs Syphilis, Blennorrhoe, Nervenschwäche oder anderen Klagen und Gebrechen, die aus dem Geschlechtsverkehr entstehen, steht unter Strafe. Nach der Meinung von B. ist die Bestrafung eines Menschen, der weiß, daß er an einer Geschlechtskrankheit leidet und dennoch andere der Infektion aussetzt, nicht das richtige. Vor allem muß der Attentäter unschädlich gemacht werden, und zwar durch Zwangsbehandlung. „Aber zu einer so rationellen Gesetzgebung ist man, wie es scheint, weder in Deutschland noch in England reif."

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Berichtigung. Herr Dr. Karl Schindler-Hanau ersucht um die nachfolgende Richtigstellung unseres Referates über die Bonner Dermatologentagung, September 1917. „Herr Schindler hat nicht allen Rednern über die Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke opponiert. Er hat sich im Gegenteil für die Notwendigkeit, Beratungsstellen zu schaffen, ausgesprochen, er hat nur, durch Vorbringung von Tatsachen, bestritten, daß mit der augenblicklichen Organisation, wie sie z. B. auch in Hessen-Nassau besteht, etwas Ersprießliches zu erreichen ist, wenn nicht zweckentsprechende Abänderungen erfolgen. Durch die Bemühungen Blaschkos sind die von Schindler gerügten Mißstände in Hessen-Nassau inzwischen beseitigt worden."

A. o. Prof. Salomon Ehrmann, Primararzt der I. Syphilisabteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, erhielt Titel und Charakter eines ordentlichen Professors.

Der mit dem Titel eines a. o. Professors bekleidete Privatdozent Dr. Josef Kyrle, Assistent der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten (Hofrat Prof. Finger) in Wien, wurde zum a. o. Professor ernannt.

Dr. Hahn, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses in Berlin, erhielt den Titel Professor.

Hofrat Arthur Meiner, Inhaber der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Leipzig und Hamburg, wurde zum 1. Vorsteher des Börsenvereins Deutscher Buchhändler gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Mai 1918 | Nr. 20 | Band 66

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Bonn
(Direktor: Prof. Dr. Erich Hoffmann).

Über ein Granuloma pediculatum luposum.

Von

Dr. Emil Zurhelle.

Im Jahre 1912 kam Heuck[1]) an der hiesigen Klinik an Hand ausgedehnter Literaturstudien und eigener Fälle zur Einteilung des Granuloma pediculatum in zwei Arten, das Granuloma pediculatum simplex, „welches im großen und ganzen den Bau des Granulationsgewebes aufweist, nur daß es durch Neigung zu Gefäßektasien und Wucherung der Endothelien und perithelial gelegenen Spindelzellen in verschiedener Stärke charakterisiert ist", und das Granuloma pediculatum angiomatosum, „das denselben Bau aufweist, nur daß die Neigung zur Bildung exzessiv großer Blutgefäßräume und meist auch zur Anhäufung der Spindelzellen besonders stark hervortritt".

Im folgenden sei nun kurz über ein Granuloma pediculatum berichtet, das eine bisher wohl nicht beobachtete Ätiologie zeigte.

Es handelte sich um eine 32jährige Patientin mit ausgedehntem, seit zehn Jahren bestehendem Lupus des Gesichts, die bereits vor fünf Jahren und vor einem Jahre je zwei Monate in stationärer Behandlung der Klinik war.

Bei der jetzigen dritten Aufnahme war die ganze rechte Gesichtshälfte von ausgedehnten Narben mit eingestreuten flachen braunroten Infiltraten eingenommen, die z. T. mit Schuppen bedeckt waren, an anderen Stellen bei Glasdruck deutliche Knötchen erkennen ließen; die rechte Ohrmuschel war fast völlig zerstört, nur noch vom knorpeligen Teile waren Reste im Narbengewebe erhalten; an den Wangen bestanden vielfache harte Narbenzüge. Nach hinten reichte die lupöse Veränderung am unteren Rande der behaarten Kopfhaut verlaufend bis zur Mittellinie des Nackens.

Fingerbreit hinter dem rechten Ohr fand sich — angeblich seit zwei Monaten ohne besondere Ursache insbesondere ohne Trauma entstanden und seit Beginn häufig zu Blutungen neigend — eine haselnußgroße von dicken Krusten bedeckte pilzförmige Geschwulst; sie ging mit einem wenige Millimeter breiten Stiele in die Kopfhaut über, die an dieser Stelle einen Übergang von narbiger Atrophie in Infiltration zeigte.

Die Geschwulst ließ differentialdiagnostisch an eine Form des bekannten Granuloma pediculatum (sogenannte menschliche Botryomy-

[1]) Derm. Zschr., 1912. Bd. 19, H. 3—5.

Digitized by Google

kose) oder an eine allerdings sehr schnell gewachsene karzinomatöse Neubildung denken; vielleicht konnte es sich auch um eine Wucherung tuberkulöser Natur handeln.

Bei der Exzision der Effloreszenz löste sich die schalenförmige krustöse Bedeckung im ganzen ab, wobei die auffallend weiche Beschaffenheit der Geschwulst selbst zutage trat.

Sie wurde in 70%igem Alkohol fixiert, in Paraffin eingebettet und nach den üblichen Methoden gefärbt.

Mikroskopisch war sie zusammengesetzt aus einem lockeren Granulationsgewebe, bestehend aus Fibroblasten, Plasmazellen und zahlreichen Riesenzellen von Langhansschem Typus, z. T. in einer für Lupusknötchen typischen Anordnung. Eingebettet waren diese Zellen in ein durchweg äußerst lockeres, nur an wenigen Stellen etwas dichter gebautes und von elastischen Fasern durchwirktes Bindegewebe. Durchzogen war dieses Grundgewebe — vor allem an der Basis — von stark erweiterten Gefäßen, in deren Umgebung rote Blutkörperchen ausgetreten waren, z. T. war es — auch wieder vor allem an der Basis — zu größeren Blutungen gekommen.

Das Granulationsgewebe reichte im mikroskopischen Bilde durchschnittlich bis an die Oberfläche. Nur an vereinzelten Stellen fanden sich geringe Reste von Epidermis mit schmalen strangförmigen Einsenkungen in die Tiefe. Tuberkelbazillen konnten nicht nachgewiesen werden. Ebensowenig fanden sich bei der Gramfärbung andere Bakterien (Staphylokokken usw.).

Die histologische Untersuchung ließ demnach über den lupösen Charakter der Effloreszenz keinen Zweifel. Mit dem außerordentlich langsam wachsenden, scharf abgegrenzten tumorbildenden Lupus hat dieses Granulom natürlich keine Ähnlichkeit (vgl. Heuck[1]).

Neu ist im vorliegenden Falle die Entstehung eines gestielten Tumors von lupösem Bau in der sonst nur für typische Granulome charakteristischen kurzen Zeit von zwei Monaten.

Aufzuklären bleibt nun noch, wie es zur Bildung einer derartig gestielten Geschwulst kam.

Wahrscheinlich entstand in unserem Falle — vielleicht durch eine unbedeutende Verletzung und banale Infektion — ein kleines Granulom, das durch kragenförmig narbige Einschnürung seiner Umgebung eingeengt lediglich die Möglichkeit besaß, sich in der Richtung nach außen zu entwickeln, und so zum Granuloma pediculatum wurde. Bakterien, welche in der abgefallenen Kruste wohl mit Sicherheit vermutet werden können, mögen von da aus einen Wachstumsreiz gebildet haben, und in dem jungen Granulationsgewebe fanden dann die in den Narbeninfil-

[1]) Arch. f. Derm., 1906, Bd. 82.

Digitized by Google

traten vorhandenen spärlichen Tuberkelbazillen günstige Wachstumsbedingungen zur Erzeugung spezifischer Knötchen.

Demnach handelt es sich im vorliegenden Fall um eine lupöse Wucherung in Gestalt eines Stielknolls oder eines pilzförmigen gemeinen Granuloms; durch seine Gestalt und seinen reichen Gehalt an erweiterten Blutgefäßen, die deckende stark sezernierende Kruste, das schnelle Wachstum ähnelt das Gebilde dem gewöhnlichen Granuloma pediculatum, von dem es nur durch den Nachweis unzweifelhafter Lupusknötchen abweicht. Der kleine Tumor kann nach Prof. Erich Hoffmanns Vorschlag deshalb mit dem Namen „Granuloma pediculatum luposum" bezeichnet werden.

Über Exanthema folliculare acneiforme.

Einige Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn Dr. v. Veress.

Von

Dr. Sprinz in Berlin.

Hr. Prof. Unna hatte angeregt, daß die Fachgenossen ihre Erfahrungen über Kriegsdermatosen in der „Dermatologischen Wochenschrift" austauschen möchten. Ich erlaube mir deshalb einige wenige Bemerkungen zu der von Herrn Dozenten Dr. v. Veress gegebenen Beschreibung des Exanthema folliculare acneiforme (Derm. Woch., 1917, Nr. 31). Mir ist ebenfalls diese Erkrankung auf der Hautabteilung eines Reservelazaretts mehrfach zu Gesicht gekommen. Es fiel mir gleichfalls auf, daß diese Aussaat von Knötchen streng über den Follikeln in ihrer Massenhaftigkeit bei sonst völlig intakter Haut etwas Besonderes, Neues war. Ich habe schon bei einer größeren Anzahl von Kranken diese Affektion gesehen. Das Leiden war aber nicht vom Felde mitgebracht, sondern hatte sich in der Garnison entwickelt. Kopf und Hals blieben meist frei; an den Gliedern waren die Streckseiten meist viel stärker befallen. Das klinische Bild entsprach ganz der von v. Veress gelieferten Beschreibung. Auch die schwere Heilbarkeit kann ich bestätigen. Ich möchte aber besonders betonen, daß ich die Erkrankung etwa vor einem Jahre zuerst beobachten konnte, dagegen nicht in der vorangegangenen Kriegszeit; obschon das Krankenmaterial recht reichlich und ziemlich gleichförmig sich rekrutierte. Das gibt vielleicht den Schlüssel zum Verständnis der Entstehungsursache. Nicht die Blutarmut ist dran schuld und der übermäßige Fleischgenuß, wie v. Veress vermutet — übermäßiger Fleischgenuß kommt bei uns aus begreiflichen Gründen über-

Digitized by Google

haupt nicht in Betracht —, sondern neben mangelnder Hautpflege Reizungen chemischer Natur. Zu denken ist dabei an die mit hautschädigenden Seifenpulvern gewaschene Wäche, an Kriegsseife und besonders an die schlechter gewordene Salbengrundlage; letzteres trifft natürlich nur für solche Fälle zu, die aus irgend einem Grunde, z. B. wegen Psoriasis oder Ekzem, einer Salbeneinreibung unterzogen wurden. Für die Heilung erwies es sich jedenfalls noch immer am besten, wenn die Möglichkeit bestand, Salben aus reinem, guten Fette zu verwenden; sonst suchte ich mich mit Puder oder Schüttelmixturen zu behelfen.

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Schluß.)

Die Auffassung, daß der behandelnde Arzt, auch der Spezialarzt, bisher nicht in der Lage gewesen sei, die aus der Behandlung Getretenen genügend zu überwachen, teilt auch Gross (12), der über die Beratungsstelle für Geschlechtskranke der Wiener Bezirkskrankenkasse berichtet, an der die Spezialärzte der Krankenkasse im Turnus als Fürsorgeärzte tätig sind. In Königsberg beschränkt sich nach einer Mitteilung von Scholtz (32) die Meldung seitens der Ärzte auf Kranke, die vorzeitig aus der Behandlung fortbleiben oder nicht zur Nachuntersuchung kommen. Damit ist wenigstens auf die Tätigkeit des behandelnden Arztes die Rücksicht genommen, die ihm Kaufmann (21) als sein gutes Recht, das er beanspruchen kann, zubilligt. Hübner (17) hat in der Beratungsstelle Elberfeld, die keine Meldung seitens der Ärzte, sondern nur das Material der Hautkrankenstation zur Nachuntersuchung erhält, unter 100 Syphilitikern, die von 243 bestellten erschienen waren, 70 Rezidive, zum Teil nur serologisch festgestellt; er glaubt, daß im Gegensatz zur Beratungsstelle der Arzt nicht auf Wiederholungskuren bestehen könne, da ihm das als Eigennutz ausgelegt werde, und daß die Beratungsstellen für Privatpatienten wegen der bei diesen größeren Möglichkeit der Belehrung nicht erforderlich seien.

Das hier in bezug auf die Wiedervorstellung und die dadurch zu erreichende Beeinflussung erzielte Resultat erscheint recht gering, und es muß auch fraglich bleiben, ob mit den Beratungsstellen, solange sie freiwil-

Digitized by Google

lige, nicht staatliche Einrichtungen darstellen, als welche sie Kirchner (22) verwirft, mehr zu erreichen sein wird; wie auch Kalmus (20) in einem Referat über die VIII. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt (Berlin, Oktober 1915) die Meinung Blaschkos, durch die Beratungsstellen eine dauernde Überwachung aller Venerischen zu erreichen, für irrig hält, falls nicht gesetzliche Zwangsmittel zur Anwendung kommen. Deshalb ist auch Lesser (25), ein doch gewiß vorsichtig abwägender Beurteiler, im Recht, wenn er von ihnen sagt, daß sie nicht mehr leisten als ein gewissenhafter Arzt, während sie den Kranken Zeitverlust, doppelte Untersuchung bringen und sich als Zwischeninstanz zwischen ihn und den behandelnden Arzt einschieben. Auch Hützer (18), der diese Zwischenschiebung einer neuen Stelle und die verschiedene Stellung zu den verschiedenen Bevölkerungsklassen je nach ihrer materiellen Lage bemängelt und aus den differierenden Behandlungsmethoden sich ergebende Differenzen mit den behandelnden Ärzten sowie eine Beförderung der Kurpfuscherei befürchtet, Kuznitzky (24), der in ihnen nur einen weiteren Schritt in der Bureaukratisierung und Proletarisierung des Ärztestandes erblickt, sowie Dreuw (5), der sie nur als Palliativmittel gelten lassen kann, sehen in ihnen nicht den richtigen Weg, da sie doch mit recht erheblichen Mängeln behaftet sind, ohne andererseits die Hebung der Volksgesundheit wesentlich zu fördern. Auch Stern (34) hält ihre Aussichten für zweifelhaft, und Finger (10) betrachtet sie als überflüssig, da gerade die Kassenkranken, für die sie hauptsächlich in Betracht kommen, auch so überwacht werden können. Trotzdem darf nicht verschwiegen werden, daß für die zwangsweise Meldung der für die Beaufsichtigung durch die Beratungsstellen in Frage kommenden Kreise, für die Delbanco (4) schon von Beginn an, wenn auch mit einer gewissen Auswahl eintrat, immer wieder Stimmen laut werden. So will Hecht (16) die bei der Demobilisierung entlassenen Syphilitiker sämtlich melden und, falls sie weder freiwillig noch auf zweimalige Aufforderung erscheinen, zwangsweise vorführen lassen, und die preußische Heeresverwaltung hat, nachdem von den als dienstuntauglich aus dem Heeresverbande Entlassenen nur 6% freiwillig die Meldung gestattet haben, eine erneute Prüfung der Frage der Freiwilligkeit zugestanden [Parlamentsberichte (29b)].

Soweit nur persönliche Interessen der Ärzte in Frage kommen, müßten diese natürlich hinter dem allgemeinen öffentlichen Interesse zurückstehen, wenn dessen Förderung durch die Beratungsstellen mit einiger Sicherheit zu erwarten wäre; da dies jedoch zum mindesten zweifelhaft zu sein scheint, kann es den Ärzten nicht verdacht werden, wenn sie der neuen Einrichtung zunächst noch mit einem gewissen Mißtrauen gegenüberstehen. Und da auch die sonstigen Maßnahmen zur Bekämpfung

Digitized by Google

der Geschlechtskrankheiten keine idealen Erfolge versprechen, muß immer wieder versucht werden, die Hauptquelle ihrer Verbreitung zu verstopfen, als welche ganz allgemein die Prostitution betrachtet wird, wenn auch neuerdings Finger (11) die Ansicht äußert, daß dafür nicht eigentlich sie selbst, sondern die Promiskuität in Betracht komme, d. h. die Erscheinung, daß innerhalb relativ kurzer Zeit ein Mann mit mehreren Weibern, ein Weib mit mehreren Männern verkehrt; die Prostitution sei nur als ein typisches Paradigma der bis zum höchsten gesteigerten Promiskuität anzusehen. Mittel zur Regulierung und Sanierung der Prostitution zu finden erscheint um so wichtiger, als mit deren starker Zunahme nach dem Kriege nach Blaschkos (1) Ansicht zu rechnen ist.

Hier hält Klemm (23) es für das wichtigste, den Ursachen der Prostitution nachzugehen, wobei er vor allem durch Förderung der Dezentralisierung dem Einfluß des städtischen Lebens mit seiner Oberflächlichkeit und Vergnügungssucht und der zunehmenden Leichtfertigkeit in der Auffassung vom Geschlechtsleben entgegenarbeiten will; die oberen Schichten müßten hier mit Einfachheit der Lebensführung vorangehen.

Es liegt eine ganze Reihe von Vorschlägen vor, die zum großen Teil darauf hinauslaufen, einen größeren Teil prostituierender Personen als bisher einer sanitären Kontrolle zu unterstellen, andererseits die polizeiliche Reglementierung einzuschränken bzw. ganz abzuschaffen, soweit es sich nicht um Störung der öffentlichen Ordnung und Sittlichkeit handelt. Nach Dreuw (6) sollen Prostituierte, d. h. Personen, denen vor Gericht nachgewiesen ist, daß sie mit mindestens 2—3 Personen gegen Entgelt Verkehr gehabt haben, verpflichtet sein, wöchentlich 4—5mal oder noch öfter den Nachweis ihrer Gesundheit vor dem Gesundheitsamt, welches über sie unter Fortfall der Sittenpolizei Listen und Kontrolle führt, zu erbringen; bei schwerer Erkrankung soll Isolierung im Krankenhause erfolgen, die Polizei nur vorgehen, wenn die Anordnungen des Gesundheitsamtes nicht befolgt werden. Die Schaffung eines Gesundheitsamtes ärztlich-sanitären Charakters hatte auch Neisser (28) ins Auge gefaßt, das das Recht haben müßte, Kranke, die sich gemeingefährlich verhalten, zu verwarnen und eventuell einer sanitären Kontrolle zu unterstellen; der sittenpolizeilichen Kontrolle glaubt er nicht ganz entraten zu können, während Blaschko (1, 2) sie völlig aufheben will. Er strebt für den Betrieb der Prostitution Beseitigung des Straßenstrichs an durch Konzessionierung von Marktstätten (Nachtkaffees, Bremer System) unter entsprechender Änderuug des Strafgesetzbuches. In sanitärer Hinsicht müsse der leitende Gesichtspunkt sein, die gefährlichsten Elemente aus dem Verkehr zu ziehen und leichte Gelegenheit zur Behandlung zu beschaffen. Zwangsmaßregeln, die von einem Gesundheitsamt ausgeführt werden können,

Digitized by Google

bestehen in Forderung der Beibringung einer amtsärztlichen Bescheinigung über Gesundheit oder Behandlung bis zur Heilung bei Personen, die im Verdacht der Erkrankung stehen, Zwangsbehandlung, falls das Zeugnis nicht beigebracht wird, Schadenersatz bei Ansteckungen. Er glaubt jedoch selbst, daß sich trotzdem viele besonders jüngere Prostituierte der Untersuchung und Behandlung entziehen und krank herumtreiben würden. Wir hätten danach in sanitärer Hinsicht dieselben Verhältnisse wie beim jetzigen System, dem doch gerade vorgeworfen wird, daß es in bezug auf die jüngeren, so besonders gefährlichen Prostituierten nichts leistet, nur daß außerdem auch die jetzt Zwangskontrollierten und gegebenenfalls unschädlich gemachten fortfallen! Eine vermittelnde Stellung nimmt Kirchner (22) ein, der mit dem Wiederinkrafttreten des zur Zeit aufgehobenen, ursprünglich wohl auf seine Veranlassung entstandenen Ministerialerlasses vom Jahre 1907 rechnet; er will alle, die sich regelmäßig untersuchen und behandeln lassen, unbehelligt lassen, jedoch diejenigen, die gegen die hierfür oder für die Sicherung der öffentlichen Ordnung oder des Anstandes erlassenen Vorschriften verstoßen, unter Anklage und, falls sie zweimal verurteilt sind, unter eine der bisherigen Reglementierung analoge Kontrolle stellen.

Daß der Ministerialerlaß vom Jahre 1907 so geringen Erfolg gehabt hat [Fabry (9) berichtet, daß von 402 auf Grund desselben von seiten der Polizeiverwaltung zur Gratisbehandlung Überwiesenen nur 141 erschienen sind], führt Lesser (26), dessen Anschauungen er sonst durchaus entspricht, auf den Mangel der völligen Trennung von der Sittenpolizei zurück. Er hält es im übrigen immer noch für das wichtigste, für die jüngeren, auch bei bestehender Kontrolle meist nicht eingeschriebenen Prostituierten Einrichtungen für Untersuchung und Behandlung zu schaffen, die, wie gesagt, von der Polizei völlig unabhängig sein müßten. Eine Einschreibung solle nicht erfolgen, wenn die betreffenden Anordnungen pünktlich befolgt würden. Gerade im Hinblick auf die eben wiedergegebene Meinung Blaschkos über das Verhalten der jüngeren Prostituierten bei seinem doch gewiß von der Polizei unabhängigen System kann der Schluß Lessers nicht als berechtigt anerkannt werden. Vielmehr liegt es, wie Klemm (23) ausführt, daran, daß die Betreffenden kein genügendes Bedürfnis zur ärztlichen Untersuchung und Behandlung haben, weil sie keine Schmerzen empfinden. Es mangelt ihnen das Interesse dafür, und die Zuführung zur ärztlichen Untersuchung und Behandlung wird erst durch die Sistierung durch die Beamten der Sittenpolizei ermöglicht. Ebenso weist auch Fabry (9) auf Grund der oben mitgeteilten schlechten Resultate des freiwilligen Erscheinens auf die Notwendigkeit der Zwangsuntersuchung und -Behandlung hin, indem er vom praktischen

Digitized by Google

Standpunkt die Fortschrittte der modernen Behandlung hervorhebt, die mehr geleistet haben als alle Schriften pro und contra Reglementierung.

Unter der Voraussetzung eines vollwertigen Ersatzes, über den er allerdings nichts verrät, will auch SARASON (30) die Reglementierung aufheben; unter Verbot des Straßenstrichs, der Bordelle und der beliebigen Ortswahl für die Betätigung des Verkehrs sollen städtischerseits „Sexualhorte" unter behördlicher Verwaltung in verschiedener Ausstattung in verschiedenen Gegenden bereitgestellt werden, die ausschließlich zur Ausübung des Verkehrs, nicht zum Wohnen bestimmt sind, in denen sich die Prostituierten persönlich oder durch ihre Bildnisse den Besuchern anbieten dürfen; die Besucher sind zur Untersuchung, Kauf eines Schutzmittels und zu einer durch Angestellte des Hauses nach dem Verkehr vorzunehmenden Desinfektion verpflichtet. Auch HECHT (15) strebt eine sich in ähnlicher Richtung bewegende Sanierung an, bei der es ihm im wesentlichen auf eine radikale Ausschaltung des Zwischenhandels durch Übertragung des ganzen Prostitutionsbetriebes auf eine gemeinnützige Gesellschaft in Anlehnung an das bei der Alkoholbekämpfung angewandte, sogenannte Gotenburger System ankommt. Der Betrieb soll sich dann in Kontrollstraßen und sanitär eingerichteten Absteigequartieren abspielen, die gesundheitliche Überwachung wird der Polizei abgenommen und einem aus Fachärzten gebildeten Gesundheitsamt übertragen; nur auf dessen Anzeige hätte die Polizei die Vorführung und eventuelle Zwangskontrolle durchzuführen.

Gegenüber diesen in mancher Beziehung verlockend erscheinenden Zukunftsträumen hält sich TJADEN (35) an die nüchterne Wirklichkeit. Nach Schilderung der verschiedenen Typen der Prostitution: 1. vagierende (= Straßendirne, Untergruppe: zeitweilig außerhalb des Wohnsitzes das Gewerbe ausübende), 2. seßhafte a) in Animierkneipen, b) in Bordellen, c) in kasernierten Wohnungen, ihrer Gefahren und der sich gegenüberstehenden Richtungen zu ihrer Bekämpfung, von denen die eine die Gewerbsunzucht an und für sich bestraft, die Ausüberin jedoch freiläßt, wenn sie reglementiert ist, die andere, freiere, sie als ein nicht strafälliges, jedoch gefährliches Gewerbe betrachtet, das nur unter bestimmten Bedingungen ausgeübt werden darf, zu denen polizeiliche Aufsicht nicht zu gehören braucht, bezeichnet er das Bremer System der Kasernierung als das in jeder Richtung am wenigsten Mängel aufweisende. Es hebt die Selbstachtung und wirtschaftliche Selbständigkeit, während beim Animierkneipen- und Bordellbetrieb (dessen Bedeutung für den Sklavenhandel übrigens, was Deutschland anbetreffe, übertrieben würde) die Gefahr des Alkohols hinzukomme und bei der vagierenden Prostitution die äußeren Verhältnisse am ungünstigsten lägen und eine polizeiliche Einmischung

Digitized by Google

unvermeidlich sei. In gleicher Weise hält Fabry (9) die Kasernierung, besonders für mittlere Großstädte, für das beste System, das eine gute Sicherheit für hygienischen Betrieb, Feststellung angeblicher Infektionsquellen, bietet und den Vorteil der Untersuchung in der Straße selbst und der Absonderung von der übrigen Bevölkerung hat.

Einen wesentlichen Fortschritt in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat der Krieg nach dem Berichte Simons (33) in Italien gebracht, wo vorher nur eine Kontrolle der Bordelle bestand, die heimliche Prostitution ihr jedoch nicht unterlag, da sie als legitimes Gewerbe galt; jetzt ist die Untersuchung vermehrt und auch auf die freien Prostituierten ausgedehnt, Zwangsbehandlung der Erkrankten bis zur völligen Genesung eingeführt und in größeren Städten Gelegenheit zu ambulatorischer Behandlung gegeben, bei der, ebenso wie in den Spezialkrankenhäusern, kein Name genannt zu werden braucht.

Wenn hier als ganz Neues Dinge auftreten, die bei uns seit langem als selbstverständlich gelten, so sehen wir, daß wir auf diesem Gebiete einen weiten Vorsprung haben. Bei dem uns stets innewohnenden Bestreben, uns mit dem Guten nicht zu begnügen, sondern es durch das Bessere zu ersetzen, werden wir jedoch dabei nicht stillstehen, sondern die immer weiter gesteckten Ziele zu erreichen suchen. Doch braucht deshalb nicht alles Alte über Bord geworfen und durch zweifelhaftes Neues ersetzt zu werden; so werden die gewiß aus tiefster Überzeugung und dem heißen Wunsche einer durchgreifenden Besserung entsprungenen letzten Wünsche Neissers (27) von Kirchner (22) als nicht angebracht abgelehnt und eine Sanierung der Prostitution unter Aufhebung der §§ 180 und 361, VI StGB. angedeutet. Diese sollte aber, wann und woher sie auch kommt, nicht vom grünen Tisch, sondern auf Grund von Erfahrungen derjenigen vorgenommen werden, die sich wirklich praktisch mit der Kontrolle, Untersuchung und Behandlung der Prostituierten jeglicher Art beschäftigt haben; und daß dort der Gedanke, den Zwang durch die gewiß idealere Freiheit zu ersetzen, auf recht ernste Bedenken stößt, geht aus vielen der wiedergegebenen Äußerungen hervor und sollte eine Warnung vor gefährlichen Experimenten sein. Der Krieg hat uns ja auch sonst in mancher Beziehung gelehrt, daß der Zwang durchaus nicht immer das schlechteste ist.

Literatur.

1. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig 1915. — 2. Blaschko, A., Vorschläge zur Neuregelung des Prostitutionswesens. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 5. 6. — 3. Block, F., Behandlungszwang für Geschlechtskranke. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1917, Bd. 18. Nr. 1. — 4. Delbanco, E., Zum Kapitel der Beratungs-

Digitized by Google

stellen für Geschlechtskranke. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 6. — 5. Dreuw, W., Statt der Beratungsanstalten ein Gesundheitsamt. Ärztl. Vbl., 1916, Nr. 1099. — 6. Dreuw, W., Wie muß die Staatskontrolle der Geschlechtskrankheiten beschaffen sein? Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 8. — 7. Dreuw, W., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Berlin 1915. — 8. Ebermeyer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. D. m. W., 1917, Nr. 42. — 9. Fabry, J., Reglementierung, Kasernierung und Behandlung der Prostitution in Dortmund. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 5, 6. — 10. Finger, E., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande. Feldärztl. Tagung der k. k. 2. Armee. Lemberg, Februar 1917. W. kl. W., 1917, Nr. 12. — 11. Finger, E., Der Krieg und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien-Leipzig 1916. — 12. Gross, S., Die „Beratungsstelle für Geschlechtskranke" der Wiener Bezirkskrankenkasse. Derm. W., 1916, Bd. 62, Nr. 14. — 13. Hahn, R., Zweck und Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Derm. W., 1916, Bd. 63, Nr. 38. — 14. Hahn, R., Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Ärztl. Vbl., 1917, Nr. 1115. — 15. Hecht, H., Ein Vorschlag zur Sanierung der Prostitution. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 212. — 16. Hecht, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Abrüstung. W. kl. W., 1916, Nr. 14. — 17. Hübner, Ärztliche Erfahrungen aus der Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu Elberfeld. M. m. W., 1917, Nr. 28. — 18. Hützer, Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke. M. m. W., 1916, Nr. 35. — 19. Jesionek, A., Der Erlaß des Kgl. Preuß. Kriegsmin. betr. die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1917, Nr. 16. — 20. Kalmus, E., Sozial-hygienische Aufgaben der nächsten Zukunft. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 21. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung. Berlin 1916. — 22. Kirchner, M., Neue Wege für die Bekämpfung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, H. 11, 12. — 23. Klemm, Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 37. — 24. Kuznitzky, „Wozu der Lärm?" Ärztl. Vbl., 1916, Nr. 1095. — 25. Lesser, E., Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. B. kl. W., 1917, Nr. 13. — 26. Levin, E., Wie viele Syphilitiker lassen sich ausreichend behandeln? B. kl. W., 1917, Nr. 28. — 27. Neisser, A., Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Berlin 1916. — 28. Neisser, A., Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und die Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten. Ärztl. Vbl., 1915, Nr. 1066/1067. — 29. Parlamentsverhandlungen: Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik. a) Derm. W., 1916, Bd. 63, S. 1161. b) Elster, A., Chronik der sozialen Hygiene. Öff. Gesundheitspfl., 1917, Bd. 2, H. 9. — 30. Sarason, D., Vorschlag einer neuen Organisation des Prostitutionswesens. (Anhang zu: Blaschko, Welche Aufgaben erwachsen . . . Berlin 1915.) — 31. Schild, Zur Kontrolle der Geschlechtskrankheiten. Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 14. — 32. Scholtz, W., Über die Tätigkeit der Beratungsstellen für Geschlechtskranke und die Erfolge der jetzigen Syphilisbehandlung. M. m. W., 1917, Nr. 37. — 33. Simon, Ch., Die Organisation der Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Italien. Ann. des mal. vénér. Oktober 1916. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 141.) — 34. Stern, C., Ist eine Staatskontrolle der Geschlechtskrankheiten möglich? Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 11. — 35. Tjaden, Prostitution und Bevölkerungspolitik. D. m. W., 1917, Nr. 35. — 36. Trumpp, Über Ehekonsens und Eheverbot. Münch. Gyn. Ges., 23. XI. 1916. (Ref. M. Kl., 1917, Nr. 1.) — 37. Uhlenhuth, Disk. Unterels. Ärzte-V. Straßburg, 30. VI. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 38.) — 38. v. Zeissl, M., Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan; wie sollen wir die Bevölkerung des Hinterlandes gegen die venerischen Krankheiten schützen? W. m. W., 1916, Nr. 21. — 39. Zumbusch, Disk. Münch. Gyn. Ges., 23. XI. 1916. (Ref. M. Kl., 1917. Nr. 1.)

(Abgeschlossen am 1. November 1917.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Hugo Hecht-Prag. (W. kl. W., 1916, Nr. 51.) Das Ansteigen der Geschlechtskrankheiten im Heere gibt dem Verf. die Veranlassung, auf einige Punkte hinzuweisen, welche bisher noch nicht die verdiente Würdigung gefunden haben. Den Syphilitikern im sekundären Stadium dürfte keinesfalls ein Heimatsurlaub bewilligt werden. Dieselben sollten vielmehr möglichst rasch an die Front abgeschoben werden. Kein Soldat dürfte ohne Vorlage eines Gesundheitszeugnisses heiraten. Der Verf. empfiehlt ein gesetzliches Eheverbot für Geschlechtskranke. H. Vörner-Leipzig.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von F. Hammer-Stuttgart. (M. m. W., 1917, Nr. 3.) Die Beanspruchung der Beratungsstelle ist in Stuttgart noch eine sehr geringe; Hammer glaubt, daß auch später die Tätigkeit nicht sehr umfangreich sein wird. Eine der wichtigsten Aufgaben der Beratungsstellen sieht Hammer in der Ausforschung der Ansteckungsquelle. A. Witte-Bremen.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande, von Finger-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 12.) Einen wesentlichen Fortschritt in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erblickt der Verf. neben einer Belehrung der Gesunden und Kranken in gesetzlichen Bestimmungen nach Art des dänischen Gesetzes vom 30. März 1916: Behandlungspflicht aller noch ansteckenden Geschlechtskranken; Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher, Verbot der brieflichen Behandlung und der Anpreisung von Heilmitteln zur Selbstbehandlung; Zwangsuntersuchung aller einer Geschlechtskrankheit begründet Verdächtigen auf Grund gerichtlichen Ausspruches; Anzeigerecht des Arztes, beschränkt auf jene Fälle, in welchen der Kranke trotz ärztlicher Ermahnung darauf beharrt, etwas zu unternehmen oder zu unterlassen, wodurch er die Gesundheit seiner Mitmenschen gefährdet, und schließlich Bestrafung einer Gefährdung durch eine Geschlechtskrankheit. H. Vörner-Leipzig.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Johann Fein-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 12.) Der Verf. weist nach, daß es ausgeschlossen ist, durch prophylaktische Maßnahmen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten zu beschränken oder gar zu unterdrücken. Um zu diesem Ziele zu gelangen, fehlt es zurzeit an einem geeigneten Mittel. Doch hofft der Verf., daß die Therapie über diese Krankheiten noch Herrin werden wird. H. Vörner-Leipzig.

Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege, von E. Finger-Wien. (M. Kl., 1916, Nr. 23.) In der Einleitung hebt Finger hervor, daß während des Krieges im Gegensatze zu den anderen medizinischen Spezialgebieten die Dermatologie respektive Syphilidologie ihre Kenntnisse mehr quantitativ bereichern konnte, als daß neue einschlägige Fälle zur Beobachtung gekommen wären. Die in allen Kriegen gesammelte Erfahrung von der bedeutenden Vermehrung der Geschlechtskrankheiten hat sich auch dieses Mal bestätigt; und mit der allgemeinen Vermehrung sind auch die seltenen Fälle häufiger geworden. Die größte Krankheitsziffer wies wie stets die Blennorrhoe auf, welche im akuten Stadium fast ausschließlich im Lazarett die Chancen der Heilung bietet; auch die chronisch verlaufenden Fälle werden in ihrer Ausheilung durch fast unvermeidliche Schädlichkeiten (z. B. Bewegung) gehindert; infolgedessen sieht man besonders viel und oft schwere Komplikationen (außer Epididymitis auch Iritis und Endokarditis), speziell Arthritis. Auf die Behandlung derselben geht der Verfasser etwas näher ein; er warnt wegen der ankylosierenden Tendenz der blennorrhoischen Arthritis vor fixen, immobilisierenden Verbänden und empfiehlt Alkoholumschläge, Mesotan, und rät, möglichst bald zu Stauung, aktiven und passiven Bewegungen und Massage überzugehen. Für sehr wertvoll bei fast allen Komplikationen der Blennorrhoe hält Finger die Arthigonbehandlung, und zwar die intravenöse 0,1—0,5 g für wirksamer als die intramuskuläre 0,5—1,0 g in allmählich steigender Dosis; er verabfolgt neue Injektionen immer möglichst bald nach Ablauf der Reaktion der vorhergegangenen. Er hat in einem schweren Falle von Endokarditis die lebensrettende Wirkung des Arthigons beobachten können, wobei jede Injektion von einer Reaktion, d. h. einer Verschlimmerung der objektiven und subjektiven Erscheinungen am Herzen gefolgt war. Häufig zur

Digitized by Google

Beobachtung kommen Fälle von Phimose, veranlaßt durch Sklerosen, Ulcera mollia und Balanitis, von letzterer Erkrankung beschreibt Finger ausführlich ein Krankheitsbild, das bisher meist als phagedänischer harter oder weicher Schanker bezeichnet wurde, und das erst im letzten Jahre vor dem Kriege als Balanitis erosiva und gangraenosa (von den Franzosen als Balanoposthite erosive et pustulo ulcereuse, von Unna und Matzenauer als „Nasokornealgangrän") beschrieben worden ist. Es kommt dabei oft bis zu tiefen Zerstörungen der Oberfläche und des kavernösen Gewebes der Glans und durch Arrosion der Gefäße zu starken Blutungen. Als Erreger sind grobwellige, große, negative Spirochäten und fusiforme, vibrioähnliche, grampositive Stäbchen erwiesen, Formen, wie sie bei der Plaut-Vincentschen Angina, aber auch in der normalen Mundhöhle vorkommen. Die Übertragung erfolgt beim geschlechtlichen Verkehr; doch wäre auch eine solche nicht ausgeschlossen, wenn Mundspeichel an die Genitalien gelangt. Sehr deutlich ist die während des Krieges erfolgte Vermehrung der Ulcera mollia, und zwar sieht man besonders virulente Formen, die durch Autoinokulationen zu häufig beobachteten extragenitalen Ulcera mollia geführt haben. In naturgemäßer Gefolgschaft hat sich auch die Zahl der Bubonen sehr vermehrt. Therapeutisch hat uns der Krieg hier nichts Neues gelehrt, außer den Nutzen von Dauerbädern bestätigt. Was die Syphilis anlangt, so hat uns der Krieg wohl kaum neue Krankheitsformen gezeigt, dagegen hat die zweijährige Beobachtung eines sehr großen Materials die Therapie immer mehr in bestimmte Bahnen gelenkt. Ohne der Bedeutung des Salvarsans respektive Neosalvarsans zu nahe zu treten, kann man wohl sagen, daß die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung der beste therapeutische Weg ist, und daß speziell im frühen Sekundärstadium die Einleitung der Salvarsanbehandlung ohne vorhergegangene oder mindestens gleichzeitige energische Hg-Therapie zu schweren Schädigungen des Patienten führen kann. Bei allen gefahrdrohenden Erscheinungen des zweiten und dritten Stadiums tritt für Finger die Salvarsaneinverleibung an die erste Stelle. Auch bei den Hautkrankheiten sind unsere im Verlaufe des Krieges gesammelten Erfahrungen mehr quantitativ als qualitativ wichtig. Finger meint, die nervösen Dermatosen „Lichen ruber planus und Quinckesches Ödem" so viel häufiger als sonst gesehen zu haben, daß er nicht an einen bloßen Zufall glauben will. Dann beschreibt er ein neues Krankheitsbild, das er nicht recht zu rubrizieren vermag. Den Erscheinungen nach gehörte die Affektion entweder zum „Lichen urticatus" oder „Erythem" oder „Ekzem en plaques"; doch waren immer einige von dem sonstigen Bilde dieser Erkrankungen abweichende Momente vorhanden. Gemeinsam war allen Fällen, daß dieselben durchwegs Verdauungsstörungen zeigten und nach Darreichung gärungswidriger Mittel: Tierkohle, Yoghurtpastillen, Zerolin usw. erhebliche Besserung zeigten; daher ist Finger geneigt, das ätiologische Moment für diese Affektion in der veränderten Nahrung, speziell im Brote zu sehen. Parasitäre Dermatosen und Zoonosen waren sehr verbreitet, und besonders die Skabies infolge der ungünstigen hygienischen Verhältnisse oft mit schwerer Furunkulose kompliziert. Für Dekubitus, Phlegmonen, Erfrierungen hat sich das Wasserbad respektive Wasserbett hervorragend gut bewährt. Es trat schnell Entfieberung ein, die Eitersekretion ließ nach und die Granulationen kamen gut vorwärts. Finger beschreibt am Schlusse eine Einrichtung des Wasserbettes, die sich ihm sehr gut bewährt hat, mittels deren der Patient mit dem Bette leicht von einer Person aus dem Bade gehoben werden kann, so daß die Verunreinigungen des Bades durch Urin und Stuhlgang vermieden werden können. O. Lasch-Breslau.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Heere, von Moritz Sattler-Serajewo. (Militärarzt, 1916, Nr. 24.) Bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten spielen die folgenden Faktoren die Hauptrolle: die genaue Überwachung der Prostitution, Belehrung der Mannschaften und genaue Durchführung der prophylaktischen Maßnahmen. In den Bordellen sind in deutscher, ungarischer und kroatischer Sprache Kundmachungen angeschlagen, deren genaue Befolgung durch Sanitätspersonal überwacht wird. Der Soldat, ebenso Offiziere sind verpflichtet, den Namen der Infektionsquelle anzugeben; die Kundmachungen enthalten zehn Paragraphen, und Verordnungen über gründliche Desinfektion. W. Chrzelitzer-Posen.

Statistisches über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden, von C. Pozzoli-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 20.) Vergleichende Tabellen zwischen den Kranken, welche in der Zeit von 1912—1916 das Ambulatorium des Verf. aufsuchten, ergaben eine absolute Abnahme der Frequenz in den Kriegsjahren, ein gleiches prozentuales Verhältnis zwischen Haut- und Geschlechtskrankheiten, eine relative Abnahme der Lues und eine Zunahme der Tripper- und Ulcus molle-Erkrankungen,

Digitized by Google

eine merkliche Zunahme der geschlechtskranken Frauen unter 20 Jahren, und eine bedeutende Zunahme der parasitären Erkrankungen, besonders der Krätze.

H. Vörner-Leipzig.

Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten, von Max Horn-Usora (Bosnien). (W. m. W., 1916, Nr. 47.) Bei Friedensschluß bietet die übliche Untersuchung der Heeresangehörigen keine Gewähr, vielmehr ist bei jedem blennorrhoisch infiziert Gewesenen durch Untersuchung auf Gonokokken, eventuell nach provokatorischer Reizung, und bei jedem Luetiker durch die Wassermann-Reaktion unter Berücksichtigung der bisherigen Kuren die notwendige Sicherheit zu gewinnen. Der Verf. hält es für nötig, alle geschlechtskranken Soldaten beim Friedensschluß zu isolieren, alle jemals geschlechtskrank gewesenen einer obligatorischen Untersuchung zu unterwerfen. Eine Zentralnachweisstelle hätte sich Belege für alle im Kriege venerisch Erkrankten zu verschaffen und die Entlassung derselben zu kontrollieren. H. Vörner-Leipzig.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Beziehung der Diät zu Hautkrankheiten, von Albert Strickler-Philadelphia. (New York m. J., 9. Sept. 1916.) Str. kam bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. Bei Psoriasis haben wir es mit einer durch Störung des Stickstoffwechsels bedingten Affektion zu tun; bei diesem Hautleiden besteht eine ausgesprochene Stickstoffretention, und wenn Patient auf eine niedrige Proteindiät, speziell bei sehr ausgedehnter Eruption, gesetzt wird, so wird das Leiden sehr günstig beeinflußt. Bei Ekzema hat in etwa 50% der Fälle eine Änderung der Diät, wie durch die anaphylaktischen Nahrungsproben erwiesen wurde, gute therapeutische Erfolge gehabt; Str. meint, man sollte in jedem Falle von chronischem Ekzem in Anbetracht der großen Schwierigkeit, dasselbe zur Heilung zu bringen, so handeln. Bei akuter Urtikaria sind die anaphylaktischen Nahrungsproben sowohl vom therapeutischen wie prophylaktischen Standpunkt aus von Bedeutung, bei chronischer Urtikaria ist ihr Wert ein noch umstrittener. Bei Acne vulgaris ist in den meisten Fällen eine intestinale Toxämie, wie durch die Komplementfixationsprobe erwiesen wurde, vorhanden; die Nahrungsproben (Sensibilisation) scheinen bei dieser Affektion keine Rolle zu spielen. Str. schließt sich im ganzen eng an die bekannten, hier wiederholt referierten Untersuchungsergebnisse von Schamberg, Kolmer, Raiziss usw. an.

M. Stern-München.

Anaphylaktische Nahrungsmittel-Reaktionen bei Hautkrankheiten, mit spezieller Beziehung auf Ekzem, von Albert Strickler-Philadelphia. (New York m. J., 29. Juli 1916.) Das Studium der experimentellen Anaphylaxis führte Str. zu folgenden Schlüssen: es gibt eine sensitivierende Substanz proteiner Natur, welche von tierischem Serum oder Pflanzeneiweiß, Milch, Eiereiweiß usw. herrühren kann. Injektionen mit dieser Substanz können intravenös, intraperitoneal, subkutan gemacht oder dieselbe durch kutane Einreibung auf abrasierte Flächen und per os einverleibt werden. Bevor eine Überempfindlichkeit angenommen werden kann, muß zwischen erster und zweiter Inokulation eine Inkubationsperiode festgestellt werden; dieselbe schwankt zwischen 6—12 Tagen. Ist eine Überempfindlichkeit einmal festgestellt, so kann dieselbe jahrelang anhalten und auf die Nachkommenschaft übertragen werden. Die Allgemeinerscheinungen der Anaphylaxis stellen sich meist unmittelbar oder erst nach 5—6 Stunden ein und bestehen aus Atemstörungen, Dyspnoe, Ödem, tonischem Muskelkrampf, Drüsenschwellungen, Albuminurie, Hauthyperämie und urtikariaähnlichen Eruptionen. Auf den anaphylaktischen Chok folgt ein Stadium von Immunität gegen eine baldige Wiederholung der Anaphylaxie; diese sogenannte Antianaphylaxis ist eine absolute, wenn auch nur zeitlich begrenzte und dadurch von der Immunität verschieden. Bei seinen Versuchen an verschiedenartigen Hautkrankheiten wählte Str. den Weg, die Proteine endermatisch einzuverleiben und kam bei insgesamt 46 Fällen zu folgenden Resultaten. Die anaphylaktischen Nahrungsmittelproben sind von diagnostischer sowohl wie therapeutischer Bedeutung bei verschiedenen Hautkrankheiten. Von ganz besonderem Werte sind sie bei Ekzema, wo eine ausgesprochen positive Reaktion Besserung oder Heilung erwarten läßt und in manchen Fällen eine Besserung der gleichzeitigen Magen-Darmstörungen durch Vermeidung der schädlichen Nahrungsmittel beobachtet wurde. Bei chronischer Urtikaria, Acne vulgaris und Psoriasis sind die Resultate dieser Probe wenig ermutigend, insofern als sie in keiner Weise zu therapeutischen Erfolgen führten. Eine sehr schwache Reaktion ist nicht von überzeugendem Werte, wenn es auch ratsam ist,

Digitized by Google

die Diät entsprechend dieser Reaktion zu regeln; wenn nach einigen Wochen keine Besserung eingetreten ist, so sind die anaphylaktischen Befunde als bedeutungslos anzusehen. In Fällen von chronischem Ekzema bieten die anaphylaktischen Nahrungsproben sowohl die Möglichkeit rascher Besserung oder Heilung, wie auch die Aussicht künftiger Immunität durch Anwendung der nun genauer festgestellten prophylaktischen Maßnahmen. Immerhin sind auch nach Verfassers Ansicht noch weitere Versuche notwendig, um den Wert dieser Reaktionsmethode vollständig zu erproben.

M. Stern-München.

Über die Pathologie der urämischen Hauterkrankungen, von Georg B. Gruber-Straßburg i. E. (Arch. f. klin. M., 1917, Bd. 121, H. 4—6.) Wenn man die histologischen Verhältnisse der bei Urämiefällen in Form eines Ausschlages affizierten Haut vergleicht, so fällt der entzündliche Vorgang am meisten in die Augen. Diese Entzündung ist nicht eine spezifische, wohl charakterisierte, für Urämie typische Erscheinungsform. Es ist eine einfache Dermatitis, in der exsudative Momente im Vordergrund stehen. Die Veränderungen regressiver Art treten dagegen meist etwas zurück. Weitere Beobachtungen erlauben die Annahme, daß bei urämischen Hautaffektionen eine endovasal angreifende Noxe die Intima der Hautarteriolen und Kapillaren schädigt und zugleich Anlaß zu der vaskulären und perivaskulären entzündlichen Reaktion gibt, die hauptsächlich als ein exsudativer Prozeß zu gelten hat. Aber auch im proliferativen Sinne kommen entzündliche Vorgänge zur Beobachtung. Denn solche Hautaffektionen sind einer Rückbildung und Heilung fähig. Die bei dieser Hauterkrankung auftretenden absolut nekrotischen Gewebsschäden sind daher als ein von den Entzündungserscheinungen abhängiger Prozeß anzusehen bzw. als Effekt der alterativen Wirkung des Entzündungsprozesses selbst. Die Erfahrung über die Häufigkeit abakterieller, urämischer, serofibrinöser Serosenentzündung neben den Beobachtungen an der Haut von Urämikern läßt einen wichtigen Schluß auf die zunächst überwiegende Bedeutung der Entzündung als Folge des urämischen Reizes zu. Dieser Reiz schädigt, wie es scheint, das Gefäßsystem von Anfang an in Form von Wandstörungen (Endotheldegeneration), die aber durchaus nicht irreparabel sind. Dieser Reiz kann alle Komponenten entzündlicher Reaktion zur Erscheinung bringen, die alterative, die exsudative und gelegentlich auch die proliferative. Welcher Art dieser Reiz ist, kann vorläufig nicht beantwortet werden.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Rheumatismus und die Haut, von William P. Cunningham-New York. (M. Record, 13. Nov. 1915.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen zur Ätiologie und Biologie der Tumoren. 22. Mitteilung von E. Saul-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1917, Bd. 79, H. 6.) An der Hand von Photogrammen erläutert S. die Ätiologie und Biologie des Pflanzentumors (Smith), des Epithelioma contagiosum des Huhnes, des Molluscum contagiosum des Menschen und des Kalkbeinepithelioms des Huhnes. In allen Fällen gelang es S., einen Erreger — Bacillus tumefaciens bzw. Bacillus diphtheriae columbarum bzw. kurze Kettenkokken bzw. Sarcoptes mutans Milla — nachzuweisen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die anatomische Verteilung der Hauttumoren, von F. T. van Beuren-New York. (J. Am. m. Assoc., 8. Jan. 1916.) An dem Materiale von 9 Jahren zeigt sich, daß die Epitheliome die weitaus häufigsten Hauttumoren sind. Unter den malignen Tumoren zeigen sie eine besondere Vorliebe für Kopf und Hals, während die Sarkome und Melanokarzinome den Stamm und die Extremitäten, besonders die unteren, bevorzugen. Mit anderen Worten, erstere befallen mit Vorliebe unbedeckte, letztere bedeckte Körperstellen. Interessant ist auch, daß die große Mehrzahl der ektodermalen Tumoren (ohne Rücksicht auf die Malignität) die unbedeckten, die mesodermalen die bedeckten Regionen bevorzugen. R. Frühwald-Leipzig.

Hautaffektionen als erstes Symptom von Mediastinaltumoren, von Heinrich Schur. (W. kl. W., 1917, Nr. 27). In einem Falle, der sich später als ein Lymphosarkom des Mediastinums ergab, entwickelte sich im Beginn des Leidens ein unerträglicher Juckreiz an Handflächen und Fußsohlen, im geringeren Grade am ganzen Körper. Dieser Juckreiz steigerte sich in der Bettwärme und verursachte eine fast absolute Schlaflosigkeit. In einem zweiten Falle zeigte die Kranke ein von den Armen ausgehendes, schließlich universell gewordenes Erythem. Die Diagnose Lymphosarkom des Mediastinums konnte durch Obduktion festgestellt werden. Im dritten Falle bestand eine Schwellung der Lider, auf welchen sich außerdem ein leichtes Ekzem entwickelte. Therapeutisch waren Röntgenbestrahlung und Atoxyl wirksam. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Trophische Störungen nach Schädelschüssen, von EMANUEL RYCHLIK. (W. kl. W., 1917, Nr. 6.) Unter 156 Fällen wurden 2 Beobachtungen gemacht. Beim 1. Falle trat die Störung sofort ein. Nach der Gehirnverletzung war die linke obere und untere Extremität gelähmt. Während ihrer sechswöchigen Dauer wuchsen die Nägel der linken Hand nicht, sondern bröckelten an der Spitze ab. Nach Rückkehr der Beweglichkeit wuchsen sie wieder normal. Im 2. Falle verging ein ganzes Jahr, ehe sich nach der Verletzung Veränderungen zeigten. Auf der verletzten Seite entstanden weiße Haarbüschel und weiße Flecken im Gesicht. Der Schußrichtung nach handelt es sich um einen Schuß längs der Schädelbasis mit Verletzung des unteren Stirnlappens, wahrscheinlich Verletzung des intrakraniellen Sympathikusgeflechtes. H. Vörner-Leipzig.

Zur Morphologie lymphatischer Hautveränderungen, von G. NOBL-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 45.) Mitteilung von 5 neuen Beobachtungen. Die 1. betrifft einen 66jährigen Mann mit lymphatischer Pseudoleukämie, knotiger Lymphadenose im Bereiche des Gesichtes, der Arme, Warzenhöfe, Eichel und Prostata und diffusen Infiltraten der Handrücken. Bei einer 2. bestanden leukämische Tumoren der Nase, der Ohren und des Kinns, infiltrierende Erythrodermie der Handrücken, Vorderarme und Ellbogen, Lymphome der Hals-, Achsel- und Leistendrüsen, Milz- und Leberschwellung und sublymphämischer Blutbefund. Ein 3. Patient zeigte lymphatische Tumoren der Ohrläppchen, Leistendrüsenschwellung und relative Lymphozytose. Eine 4. diffuse Lymphadenie der Haut am Stamm und Armen, allgemeine Drüsenschwellung, Milztumor und sublymphämischen Blutbefund. Im letzten Falle bestanden stabiles schilferndes Erythem des Gesichts und der Extremitäten, lymphatische Leukämie, Polyadenie und Milztumor. Sämtliche Erscheinungen reagierten gut auf Röntgenbestrahlung und Arsen. Bemerkungen zum Blutbilde, der Topographie, Histologie, Histiogenese und Ätiologie der Veränderungen. H. Vörner-Leipzig.

Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen bei Syphilis, Lepra und Sporotrichose, von HOFFMANN. (D. m. W., 1917, Nr. 26.) Durch Untersuchungen am Menschen und durch das Experiment am Kaninchenauge ist der Beweis erbracht worden, daß tuberkuloider Gewebsbau durch Syphilisvirus erzeugt werden kann, was bei histologischer Diagnosenstellung in Betracht gezogen werden muß, um Irrtümer zu vermeiden. Außer bei Syphilis kommen tuberkuloide Strukturen im Haut- und Unterhautgewebe auch bei Lepra, Sporotrichose und anderen Pilzerkrankungen vor. Der tuberkuloide Gewebsbau ist also für Tuberkulose keineswegs so kennzeichnend, wie man es früher annahm. E. Brinitzer-Altona.

Beeinflußt der Krieg die Entstehung oder das Wachstum von Geschwülsten? von D. VON HANSEMANN. (Zschr. f. Krebsforsch., 1916, Bd. 15.) Unter allen Umständen ist von Fall zu Fall zu urteilen. Man darf in keiner Weise verallgemeinern, da aus den Betrachtungen H.s nicht ein einziger Umstand hervorgeht, der auf alle Geschwülste der gleichen Art anzuwenden wäre. Es genügt nicht, den zeitlichen Zusammenhang zwischen der Geschwulst und der Einwirkung irgend einer Schädigung festzustellen, sondern es muß immer der Beweis erbracht werden, daß erstens eine wissenschaftliche Aufklärungsmöglichkeit bestehen muß für die geschwulstbildende Wirkung des Traumas, und zweitens die Möglichkeit vorliegen muß, daß die Geschwulst durch traumatische Einwirkung entstehen kann. Es ist also die Art des Traumas und die Art der Geschwulst festzustellen und bei der Schlußfolgerung zu berücksichtigen. Bei den vielen offenen Fragen auf diesem Gebiet bleibt noch ein weites Feld der individuellen Beurteilung übrig, in der man sich auch vom rein menschlichen Standpunkt aus leiten lassen kann, der in manchen Fällen von der rein wissenschaftlichen Betrachtung vielleicht nicht unwesentlich abweicht. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Wird die Lebensfähigkeit transplantierter Epithelkörper durch die Anwendung von Lokalanästhesie bei der Verpflanzung beeinträchtigt? von ARNOLD PASSOW-Straßburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 104, H. 2.) Die Versuche ergaben, daß man die Operation in Lokalanästhesie bei Anwendung einer 1%igen Novokainlösung ohne Bedenken ausführen kann, während die Kokainisierung des Transplantationsgebietes unter allen Umständen kontraindiziert ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Bemerkung über die Beziehung der Bastardierung zur Transplantation, von D. VON HANSEMANN. (Arch. f. Entw., 1917, Bd. 42, H. 1.) H. hat bereits 1909 auf diese Beziehungen hingewiesen, was er gegenüber SCHULTZ (l. c. Bd. 41) aus Prioritätsgründen aufrechterhalten will. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Digitized by Google

Über die Wirkung von Druck auf Immunkörper und Immunreaktionen, von Rudolf Müller-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 27.) Der Verf. untersuchte Ambozeptoren und Komplemente, welche unter Überdruck gestanden hatten, auf ihre Lösungsgeschwindigkeit, ebenso die Einwirkung des Druckes auf die Präzipitation. Es ergab sich, daß diese Körper durch den Druck beeinflußbar sind, und daß die entstehenden Änderungen rhythmischen Schwankungen unterworfen sein können. H. Vörner-Leipzig.

Über die Aufnahme von Metallen, speziell Blei, Zink und Kupfer, durch die Haut, von Christian Vogt-Würzburg und Jean Louis Burkhardt-Basel. (Arch. f. Hyg., 1916, Bd. 85, H. 7 und 8) Die Untersuchungen, welche der Arbeit zugrunde liegen, sind aus gewerbe-hygienischen Gesichtspunkten heraus angestellt, und wenn auch im allgemeinen recht interessant, doch hier zum Referieren nicht geeignet. Der Nachweis, daß von unverletzten Hautstellen aus durch Auflegen von Bleisalben Blei in ziemlich großen Mengen resorbiert wird, ist deutlich erbracht; für Zink und Kupfer wohl auch, doch fehlen hier noch abschließende Versuche. O. Lasch-Breslau.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die therapeutischen Quellen der modernen Dermatologie, von Moses Scholtz. (Therapeutic Gaz., 1915, Nr. 5.) Allgemeine Besprechung der neueren dermato-therapeutischen Methoden, besonders der Strahlenbehandlung. R. Frühwald-Leipzig.

Kriegsbehandlung der Syphilido-Dermatologie, Fettersparnis, von Kromayer. (D. m. W., 1917, Nr. 26.) Als Injektionsmittel gegen Syphilis verschreibe man an Stelle des Paraffins oder Olivenöls: Hydrarg. salicyl. 1,0, Sol. Hydrarg. oxycyanat (1 : 4000) 10,0, S. Schüttelmixtur. Die Wassersuspensionen machen weniger Schmerzen als die Ölsuspensionen. Die Zinkpaste kann durch eine Karrageenpaste ersetzt werden. Sie läßt sich wie die Fettzinkpaste leicht verstreichen, und alle Medikamente lassen sich ihr in einem beliebigen Prozentsatz einverleiben. Für die Krätzebehandlung empfiehlt sich: Sulf. praec. Decoct. Karrageen (10 : 600) āā 600,0; 4—8 Tage lang morgens und abends einzureiben. Die reizende Wirkung der Jodtinktur wird durch Verdünnung mit Wasser und Zusatz von Jodkali beseitigt. (Rp. Tinct. jodi 5,0—10,0, Aq. 5,0—25,0, Kali jodati 0,5.) Als letztes und bestes, fettloses Mittel ist Röntgen zu erwähnen.
E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Händewaschen (Händedesinfektion) ohne Seife, von Gocht. (D. m. Wschr., 1916, Nr. 41.) Seit 3 Jahren benutzt G. zum Waschen der Hände und Unterarme vor blutigen Operationen statt Seife fein zerkleinerte, pulverisierte Stoffe, wie z. B. Blitzblankpulver. In den letzten Monaten ist G. zu feinstem Alabastergipspulver, wie wir es zur Herstellung der Gipsbinden benutzen, übergegangen und zwar mit gutem Erfolge. Nachdem in 10 Minuten die mechanische Pulverwaschung beendet ist, werden die Hände und Unterarme 3 Minuten lang mit Hilfe eines größeren sterilen Tupfers mit 70%igem Alkohol abgerieben. G. verwendet seit Jahren keinen reinen Spiritus mehr, sondern folgende Mischung: Alkohol (70%) 6, Glyzerin 3 und Paraffinum liquidum 1 Teil. Diese Mischung muß vor dem Gebrauch tüchtig geschüttelt werden. Durch diese Mischung wird die Haut weicher und weniger rissig. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Sowade in Halle a. S. erhielt den Titel Professor.

Geh. Hofrat Dr. Veiel in Cannstatt, Präsident der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, feierte den 70. Geburtstag.

Geh. Med.-Rat Prof. Joseph Doutrelepont, gewesener Direktor der dermatologischen Klinik in Bonn, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tabenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Mai 1918 | Nr. 21 | Band 66

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Zürich (Direktor: Prof. Dr. Br. Bloch).

Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis (Kaufmann-Wolf).

Von

Curt v. Graffenried, Assistent der Klinik.

Unter den Dermatosen, deren mykotische Natur durch den mikroskopischen und kulturellen Nachweis von Hyphomyzeten in den letzten Jahren aufgedeckt worden ist, nimmt die sogenannte Dyshidrosis manuum, bzw. das dyshidrotische Ekzem, eine ganz besondere und wichtige Stellung ein.

Der erste, welcher in den bis dahin als ekzematoide Bildungen angesehenen Bläschen der Dyshidrosis Pilze fand und deren ätiologische Bedeutung erkannte, war Sabouraud. Es gelang ihm, darin mikroskopisch und kulturell den Erreger des Ekzema marginatum, das Epidermophyton inguinale, nachzuweisen, nachdem schon vor ihm andere (Pellizari, Dubreuilh, Djélaleddin-Moukhtar) auf den parasitären Charakter mancher Bläschenaffektionen an Händen und Füßen hingewiesen hatten. Die Angaben von Sabouraud sind seither von mehreren Autoren, so besonders von Nicolau und Alexander und Lewandowsky, bestätigt worden.

Einen weiteren sehr erheblichen Fortschritt in der Aufklärung der Ätiologie des dyshidrotischen Ekzems brachten dann die Forschungen von Kaufmann-Wolf, welche als wichtigstes Resultat ergaben, daß außer dem Epidermophyton inguinale auch andere Pilze imstande sind, an Händen und Füßen ein „Ekzema dyshidroticum" zu erzeugen. Sie wies in nicht weniger als 25 Fällen (wovon 13 in Berlin, 5 in Wien, 7 in Paris beobachtet) Pilze nach und spricht diese als Erreger der von ihr beobachteten dyshidrotischen Dermatose an. Sie nimmt an, daß ungefähr $^1/_3$ der Fälle von sogenanntem Ekzema dyshidroticum tatsächlich Pilzinfektionen sind, und kommt daher zum Schlusse, daß immer, wenn dieses Krankheitsbild vorzuliegen scheint, sorgfältig nach Pilzen zu fahnden sei. Je nach den klinischen Erscheinungen teilt Kaufmann-Wolf die Affektion in eine mehr squamöse und vesikulöse ein, wozu noch die Kombination mit Pustelbildung treten kann. Die Pilzfäden finden sich nur in der Hornschicht, parallel mit der Oberfläche verlaufend, nie in dem Innern der Bläschen selber.

In mykologischer Hinsicht ist das wichtigste Resultat der Kaufmann-Wolfschen Untersuchungen dasjenige, daß ein großer, ja der weitaus vorwiegende Teil ihrer Dyshidrosisfälle nicht vom Sabouraudschen Epidermophyton inguinale, sondern von einer ganzen Reihe von anderen Hyphomyzetenarten verursacht ist. Es ergibt sich also daraus, daß die mykotische Form des Ekzema dyshidroticum keine ätiologische Einheit darstellt, und es bestätigt sich hiermit wiederum die in der Dermatomykosenforschung so oft gemachte allgemein pathologische Erfahrung, daß für die Morphologie der klinischen und histologischen Krankheitserscheinungen die Beschaffenheit des Terrains von größerer Bedeutung ist als die Art des infizierenden Pilzes. Kaufmann-Wolf fand in ihren 25 Fällen folgende Pilzarten:

1. 2mal das Epidermophyton inguinale,
2. 1mal ein Mikrosporon lanosum,
3. 1mal ein Achorion Quinckeanum,
4. 1mal eine völlig unbekannte Varietät.

Digitized by Google

5. In 17 Fällen konnte Kaufmann-Wolf einen neuen, zum erstenmal von ihr gezüchteten Pilz nachweisen, der auch in Wien und Paris beobachtet wurde.

In kultureller Beziehung handelt es sich um einen erst ganz weißflaumigen, rasch wachsenden Pilz, der nach einigen Wochen leicht bestäubt aussieht, konzentrisch geschichtet ist und einen gelblichen Farbenton annimmt. Eine exakte botanische Bestimmung dieses Pilzes konnte nicht erbracht werden.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte spiralig aufgerollte Hyphen, reichliche Gonidienbildung, jedoch keine gefächerten Spindelzellen. Sabouraud und Plaut wie Kaufmann-Wolf nehmen an, daß der Pilz dem Trichophyton equinum nahesteht, d. h. in die Gruppe der flaumigen, großsporigen Ektothrixformen gehört. Er unterscheidet sich jedoch von diesen dadurch, daß auf steriler Kartoffel kein gelblich-bräunlicher Farbstoff entsteht, die Unterfläche von alten Kulturen nicht immer so intensiv rot erscheint wie die des Trichophyton equinum, die Inokulation schwer gelingt und oberflächlicher und flüchtiger ist.

Weitere Angaben über Pilzerkrankungen der Hände und Füße dyshidrotischer Form verdanken wir Schramek, welcher auf Grund der Arbeit von Kaufmann-Wolf über 55 meist kasuistische Beobachtungen berichtet.

Er führt aus, daß seine sämtlichen Fälle das Bild der Dyshidrosis oder des Ekzems aufweisen und ebenfalls vesikulöse, squamöse und pyodermieartige Formen unterschieden werden können, die meist nebeneinander auftreten. In bezug auf die Lokalisation bezeichnet Schramek als ersten Sitz an den Händen namentlich die Interdigitalfalten, an den Füßen den Innenrand der Fußsohle, dann die mediale Seite und die Zehen. Es folgen Angaben kasuistischer Natur unter Beifügung von Krankengeschichten. In zwei Fällen, wo die Erkrankung zuerst an den Füßen, erst später an den Händen auftrat, ergab der Pilznachweis an den ersteren stets ein positives, an den Händen dagegen ein negatives Resultat. In Anbetracht der Ähnlichkeit des klinischen Bildes und der günstigen Beeinflussung durch eine antiparasitäre Therapie rechnet er auch solche Fälle als durch Pilze hervorgerufen, um so mehr, als auch Fälle beobachtet wurden, wo die Erkrankung nur die Hände in Mitleidenschaft gezogen hatte und der Pilzbefund wie die Kultur aus den Decken und Schuppen positiv war.

Des weiteren fand Schramek und beweist es an Hand von sechs Krankengeschichten, daß nicht nur in den erkrankten Hautpartien der Pilznachweis positiv war, sondern auch abseits davon in anscheinend völlig normaler Haut. So gelang es ihm auch histologisch, noch bis zu 10 cm vom ursprünglichen Krankheitsherd entfernt, Pilzelemente zu finden. Nach seiner Ansicht stehen die Pilze mit der Erkrankung in ursächlichem Zusammenhang und treten nicht saprophytisch auf, da es nicht gelungen ist, an Füßen mit völlig normalem Hautbefund solche Pilze nachzuweisen. Über die Rolle, welche die Hyperhidrosis für das Zustandekommen der Mykose spielt, kommt Schramek zu keinem abschließenden Urteil, da bei den von ihm beobachteten 55 Fällen neun an starker Hyperhidrosis, 25 an mäßiger litten, während 21 davon frei waren; jedoch traten sämtliche Fälle in der heißen Jahreszeit auf. Auch Schramek kommt zum Schluß, wie Kaufmann-Wolf, daß schweißdurchtränkte Haut für das Pilzwachstum fördernd sei.

Die Übertragung der Pilze konnte nicht aufgeklärt werden, da Einreibungsversuche, auch an hyperhidrotischen Füßen vorgenommen, resultatlos verliefen.

Das Tierexperiment, an Meerschweinchen vorgenommen, ergab eine sehr abortiv verlaufende Infektion.

Kulturell ist Schramek aufgefallen, daß der Pilz sich nicht nur in der Haut der Füße, sondern auch in der Kultur sich schnell ausbreite. Der Nachweis gelang in allen Fällen auf Maltose- oder Glukose-Agar nach der Sabouraudschen Vorschrift. Es wuchs ein den Nährboden schnell überziehender, sehr üppiger Pilzrasen von weißer Farbe und flaumigem Aussehen. In kurzer Zeit traten konzentrische Kreise oder Schichtung in dem Belage auf. Auch Schramek nimmt daher auf Grund seiner Kulturen an, daß der Pilz dem Trichophyton equinum nahesteht. Die mikroskopische Untersuchung der Schuppen und Blasendecken der Fußhaut ergab stets ein vielfach sich durchflechtendes Myzelgeflecht mit häufig segmentierten, gebogenen oder gewellten Fäden, jedoch nie gonidienähnlichen Formen.

Die Kaufmann-Wolfsche Entdeckung ist zweifellos sowohl in praktischer als in theoretischer Hinsicht wichtig und interessant. Es ist aber

Digitized by Google

zu betonen, daß die ätiologische Bedeutung der von ihr gefundenen Pilze für die Dyshidrosis manuum noch nicht über alle Zweifel erhaben ist; weder Kaufmann-Wolf selber noch Schramek scheint es gelungen zu sein, mit den Reinkulturen der von ihnen gefundenen Pilze das ursprüngliche Krankheitsbild bei Tier oder Mensch experimentell hervorzurufen.

Dieser Nachweis muß jedoch, wenn den gefundenen Pilzen wirklich die ausschlaggebende Rolle für die Pathogenese der Dyshidrosis nachgewiesen werden soll, unbedingt verlangt werden, um so mehr als Pilze nur in ungefähr ein Drittel der Fälle überhaupt gefunden werden. Auffallend ist ferner, daß die Myzelien nur in der Hornschicht liegen, daß Schramek sie auch in der den Krankheitsherd umgebenden gesunden Epidermis nachgewiesen hat, daß sie einige Male sich beim gleichen Individuum nur in den Bläschen der Füße, nicht aber der Hände vorfanden, und schließlich daß nicht eine Pilzart, sondern gleich eine ganze Anzahl verschiedener Stämme gezüchtet werden konnte.

Angesichts dieser Sachlage erscheint es mir berechtigt, über zwei in der Zürcher dermatologischen Klinik beobachtete einschlägige Fälle und die daran sich anschließenden, die erwähnten Zweifel endgültig klärenden Experimente zu berichten.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichten folgen:

1. Fall. 2. VII. 1917. 48jähriger Schuhmacher. Die Hauterkrankung begann vor ungefähr 3 Wochen mit stark juckenden Bläschen an den Füßen; 14 Tage später traten ebensolche Bläschen auch an den Händen auf.

Beim Eintritt in die Klinik zeigte sich die Haut an beiden Händen und Füßen rechts und links in annähernd symmetrischer Weise befallen.

An den Händen erstreckt sich die Affektion auf die Handgelenkbeuge, von da ausgehend auf die Außenseite des Daumens und den Daumenballen, ferner auf die Streckseite der Finger und Handrücken, Ulnarseite des kleinen Fingers und ganz besonders auf die einander zugekehrten Seitenflächen der Finger. Palma manus und Beugeseite der Finger sind vollständig frei.

Die Affektion setzt sich zusammen aus stecknadelspitz- bis kopfgroßen, durch Zusammenfließen manchmal auch größeren Bläschen. Die Bläschen liegen in der Haut und wölben dieselbe oft etwas vor und scheinen durch die gespannte Decke gelatinössagoartig durch. Ihre Farbe ist rosarot mit einem gelblichen oder hellbräunlichen Stich. Bei schräger Beleuchtung sind sie hellglänzend, die umgebende Haut ist nicht gerötet. An zahlreichen Stellen stehen sie in größter Zahl dicht beisammen, konfluieren zu größeren Gruppen, fast keine normale Haut zwischen sich lassend. Es kommen so größere, unregelmäßig gestaltete, höckerig drusige Herde zusammen. An manchen Stellen sind die Bläschen isoliert. Der Inhalt der Bläschen besteht aus einer serösen, etwas dicklichen, fadenziehenden Flüssigkeit, nirgends Andeutung von Pustulierung. Die Affektion an den Händen gleicht in jeder Beziehung dem Bilde der Dyshidrosis.

Auch an den unteren Extremitäten ist die Verteilung eine symmetrische. Befallen sind die Fersen, die Seitenteile der Füße, unterhalb der Malleolen bis gegen die Zehen zu, und auch die angrenzenden Partien der Plantae. Am linken Fuß sind außerdem befallen die zweite und dritte Zehe und zwar dorsal und an den einander zugekehrten Flächen, an ihrem Grunde etwas auf den Fußrücken übergreifend.

Die Primäreffloreszenzen an den Füßen sind, genau wie an den Händen, pralle, gelatinös durchscheinende, froschlaichartige Bläschen, stecknadel- bis senfkorngroß, isoliert stehend, oder oft zu herpesartigen Gruppen vereinigt. In der Umgebung dieser größeren Bläschen finden sich, zahlreich in die Haut eingesprengt, kleinste, kaum stecknadelspitzgroße Bläschen. Manchmal liegen die Bläschen in größeren Gruppen zusammen und bilden dann höckrig drusige, maulbeerartige Herde. Vielfach sind aber hier die ursprünglichen reinen Bläschenformen umgewandelt. Der Inhalt ist eitrig getrübt, oft

Digitized by Google

nur in der unteren Hälfte, hypopyonartig, die umgebende Haut ist stark gerötet und entzündet.

Auf der Innenseite beider Füße, etwas unterhalb und hinter dem Malleolus internus, findet sich ein etwa fünffrankstückgroßer Herd, innerhalb welchem die Haut lediglich gerötet oder livide verfärbt und von grauweißen Schuppen bedeckt und von der obersten Epidermisschicht entblößt ist. Die Begrenzung dieses Herdes ist ziemlich scharf, rund, und wird durch losgelöste, kragenartig emporgehobene, schuppenartige Epidermis gebildet. Von diesem Rand aus findet direkt der Übergang in massenhafte Bläschen und Pusteln statt, welche diese Herde umgeben und die direkte Fortsetzung derselben bilden.

Am linken Fuß sind ferner die zweite und dritte Zehe befallen. Auf dem Dorsum beider Zehen, besonders reichlich um den Ansatz der Zehen herum, und gegen die einander zugekehrten Seiten dieser Zehen finden sich dieselben Bläschen und Pusteln, wie sie oben für die Fersengegend beschrieben wurden. Die Bläschen gehen in der Interdigitalfalte selber über in eine teils schuppende, teils mazerierte, offensichtlich ebenfalls aus geplatzten Bläschen entstandene Hautveränderung. Es bildet hier die Interdigitalfalte somit das Zentrum des Herdes. Die Haut ist hier gerötet, teilweise mazeriert, teils mit Schuppen überlagert, und darum herum ziehen sich auf allen drei Seiten gegen das Dorsum der Zehen sowohl als auch am Grunde der Zehen gegen den Fußrücken hin die beschriebenen Bläschen.

Aus dem weiteren Verlaufe der Krankheit ist hervorzuheben, daß die bloße Behandlung mit Jodtinkturbepinselung, wie sie Kaufmann-Wolf angegeben hat, nicht zum Ziele führte, sondern daß erst die Anwendung einer Zinkpaste, der Chrysarobin, Schwefel und Resorzin beigegeben war, in einigen Wochen die Heilung veranlaßte.

Mikroskopische Untersuchung der Bläschendecken, der Schuppen und des Bläscheninhaltes: In der Epidermis der Bläschendecken, der Schuppen, welche der Fußaffektion entnommen war, gelang es mit Leichtigkeit, massenhaft septierte und verzweigte Myzelfäden darzustellen. In dem Bläscheninhalt selber fanden sich keine Pilze, sondern nur Detritus, abgestoßene Epithelien, fibrinartiges Gerinnsel und Leukozyten.

Vollständig ergebnislos blieb die Untersuchung von Bläschendecken und Epithelpartikelchen, welche von der Affektion der Hände entstammten, trotz sehr zahlreicher darauf gerichteter Bemühungen.

Histologische Untersuchung: Es wurden an der Innenseite des rechten Fußes zwei kleine Bläschengruppen exzidiert. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung bestätigt im wesentlichen die Angaben, die Kaufmann-Wolf gemacht hat.

a) Veränderungen im Epithel: Die Hornschicht ist der Region entsprechend mächtig ausgebildet. Hierauf folgt ein deutlich ausgeprägtes, 2—3reihiges Stratum granulosum und die übrigen ebenfalls normalerweise ausgebildeten Epidermisschichten. Die auffälligste pathologische Veränderung innerhalb des Epithels besteht in einer Bläschenbildung. Die Zahl der Bläschen wechselt in den einzelnen Schnitten von 2—5, selten mehr. An Hand der verschiedenen Bläschen läßt sich die ganze Entwicklung dieser Gebilde von ihrem ersten Entstehen bis zum Verschwinden gut verfolgen.

Das erste, was sich bei diesem Vorgange in der Epidermis abspielt, ist die Aufhellung in einem kleineren umschriebenen Bezirk, der Stachelschicht. Diese Aufhellung rührt davon her, daß in diesem Bezirke die Epidermiszellen durch ein parenchymatöses Ödem größer und blasser tingiert erscheinen; zugleich lockert sich auch bereits der Verband der einzelnen Zellen. Die Protosplasmafäden werden auseinandergezerrt, und es entstehen zwischen den einzelnen Zellen unregelmäßig hell gefärbte Lücken. In einem weiteren Stadium verbreitern sich diese Lücken, und es resultiert daraus ein Status spongiosus. Bereits sieht man auch innerhalb dieser Lücken Wanderzellen auftreten, welche den subepithelialen, perivaskulären Infiltraten entstammen. Durch die Ausdehnung dieser Lücken einerseits und das vollständige Zugrundegehen der Epithelien andererseits kommt es nun zur Ausbildung von eigentlichen Bläschen.

Ihr Sitz ist gewöhnlich die oberste Stachelzellage, direkt unter dem Stratum keratohyalinicum. Die jüngsten, d. h. kleinsten Bläschen sind sehr viel weniger scharf begrenzt als die älteren. Die Wandung wird gebildet von den umgebenden Epithelien, die zum großen Teil bereits selber den Zusammenhang mit der Nachbarschaft verloren haben und in hydropischer Auflösung begriffen sind.

Die Form der Bläschen ist unregelmäßig, rundlich oder oval. Der Inhalt besteht aus fibrinartigem Gerinnsel, körnigem Detritus, mehr oder minder zahlreichen Leukozytenhaufen und vereinzelten, in Degeneration begriffenen Epithelien und Epithelinseln, letz-

Digitized by Google

tere mit schwach gefärbten Kernen und unscharf begrenztem, zerfließendem Protoplasma. In der Umgebung dieser Bläschen besteht fast durchweg ein deutliches parenchymatöses und interzelluläres Ödem, der Zusammenhang der Epithelien ist gelockert, ihre Anordnung eine unregelmäßige, die interzellulären Spalten sind unregelmäßig buchtig. An manchen Stellen kommt es bis zur Bildung eines beginnenden Status spongiosus. Die größeren Blasen zeigen im wesentlichen denselben Bau wie die kleineren. Sie erstrecken sich über mehrere Papillen hin, die größten sind schon makroskopisch sehr gut sichtbar, bis halbstecknadelkopfgroß. Diese sind dann meistens von ovaler Form oder länglich, den größeren Durchmesser parallel zur Oberfläche. Sie können sich durch die ganze Epidermis hindurch erstrecken, so daß die Decke direkt von der normalen oder parakeratotischen Hornschicht, der Boden von einer ganz schmalen Reihe plattgedrückter, spindelig oder stäbchenartig aussehender Keimschichtzellen gebildet wird. Der Inhalt besteht aus Detritus, Leukozyten und einzelnen zugrunde gegangenen Epithelien. In der ganzen Umgebung dieser Blasen erscheinen die Epithelien platt gedrückt, schmal, wie spindelig, dicht aneinander liegend und bilden so eine Art von Kapsel um die Blase herum.

Schließlich läßt sich auch noch an einigen Stellen der Heilungsprozeß verfolgen. Die Blase wird nach oben geschoben, ihr Inhalt trocknet zu einer amorphen, stark gefärbten Masse ein, so daß die ganze Effloreszenz nur noch als eine schmale Kruste erscheint, die nach unten von einer parakeratotischen Hornschicht begrenzt wird. Weiter nach unten, von der Parakeratose durch einen schmalen unregelmäßigen Spalt getrennt, folgt normale, kernlose Hornschicht und hierauf neu gebildete, normale, höchstens leicht akanthotische Epidermis. In der Umgebung der größeren Blasen sind die Reteleisten sowohl in der Länge als in der Breite größer als normal. Im übrigen zeigt die Epidermis durchweg normale Dicke ohne Zeichen von Hypertrophie.

b) Veränderungen in der Kutis: In der Kutis finden sich lediglich Zeichen einer im ganzen wenig intensiven Entzündung. Diese ist am deutlichsten ausgesprochen direkt unterhalb der in Entstehung begriffenen Bläschen. An diesen Stellen sind die Gefäße etwas erweitert und von einem dichten Mantel von Leukozyten umgeben. Von diesen Punkten aus lassen sich Schwärme von Leukozyten durch die Epidermis hindurch bis in die in Entwicklung begriffenen Bläschenformationen verfolgen. Im übrigen zeigen sich in der Kutis keine abnormen Veränderungen, die elastischen Fasern sind unverändert.

c) Pilzbefunde: Pilze finden sich in fast sämtlichen Schnitten ziemlich reichlich, sie sind aber ausschließlich in der Hornschicht anzutreffen. Hier findet man innerhalb der Hornlamellen und mit ihnen parallel verlaufend kürzere und längere, ziemlich breite, protoplasmareiche, gewundene Fäden. Dieselben sind fast durchweg septiert und zeigen entweder einen homogenen, stark lichtbrechenden oder leicht gekörnten Inhalt. An manchen Stellen sind deutliche Verzweigungen der Fäden zu konstatieren. Die Fäden nehmen die Färbung nur schlecht an, relativ am besten noch das polychrome Methylenblau. Sie sind aber trotzdem infolge der stärkeren Lichtbrechung leicht zu verfolgen. Diese Pilzfäden finden sich vor allem in den mittleren und oberen Schichten des Stratum corneum, doch finden sich auch, wenn schon weniger zahlreich, im unteren Drittel der Hornschicht solche Myzelien. Ein direktes Verhältnis zwischen Pilzreichtum und Grad der pathologisch-histologischen Veränderung in dem Sinne, daß sich in der über den Bläschen liegenden Hornschicht allein oder auch nur in vorwiegendem Maße die Pilzansammlungen fänden, ist nicht zu konstatieren. Vielmehr breiten sich die Myzelien im allgemeinen gleichmäßig in der Hornschicht aus, ohne Rücksicht darauf, ob die darunterliegende Epidermis normal oder entzündlich verändert ist. Dementsprechend finden wir auch innerhalb der in Entstehung begriffenen oder voll ausgebildeten Bläschen keine Pilzelemente.

Nur in einem Bläschen ist zu konstatieren, daß nicht nur vereinzelte Fäden durch die Hornschicht hindurch bis an die Bläschendecke vordringen, sondern es findet sich hier sogar ein deutliches kurzes septiertes Myzelstück innerhalb des Bläschens zwischen Epithelien und Leukozyten, welche hier die obere Wandkleidung bilden. Dieses Myzelstück ist stärker geschwollen als die entsprechenden Myzelien in der Hornschicht, es zeigt auch ferner Veränderungen, indem das Protoplasma innerhalb der Glieder dunkler gefärbt ist, sporenartig kontrahiert, rundlich, die Wand etwas breiter.

Kulturversuche: Sehr zahlreiche Kulturversuche wurden mit Epidermispartikelchen aus der Affektion der Hände gemacht. Sie verliefen ausnahmslos negativ; dagegen gelang es sehr leicht, auf Maltose-Agar, der mit Epidermis von den Krankheitsherden der Füße beschickt war, Reinkulturen zu züchten. Es wuchsen flach erhabene,

Digitized by Google

scheibenförmige Kolonien, die nach 20 Tagen einen Durchmesser von ungefähr 1 cm erreichten. Die Farbe der Kolonien ist rein weiß, etwa einmal auch mit einem leicht gelblichen Stich. Das Zentrum ist äußerst fein bestäubt, der Rand fein radiär. Nach einiger Zeit wird die ganze Kultur pleomorph, flaumig.

Mikroskropisch finden sich lange gekrümmte, vielfach septierte, oft auch unregelmäßig perlschnurartig aufgetriebene Myzelien mit Bildung von Chlamydosporen und peitschenartig geschwungene, viel schmälere und viel weniger reichlich septierte Lufthyphen, ferner außerordentlich zahlreiche, kleine, elliptische, den Seitenzweigen ährenartig aufsitzende Sporen. Spindelsporen fehlen vollkommen.

Es dürfte sich dieser Beschreibung nach um denselben Pilz handeln, den KAUFMANN-WOLF in dem Hauptteil ihrer Dyshidrosisfälle gefunden hat.

II. Fall. 8. VIII. 1917. Es handelt sich um einen 25jährigen Studenten, bei dem die Affektion vor 14 Tagen am Daumen der linken Hand aufgetreten war; bald darauf Auftreten von Bläschen an der Innenseite des kleinen Fingers derselben Hand. Bei der Aufnahme zeigte sich folgender Befund: Dorsal an der Grundphalange des Daumens der linken Hand findet sich ein ovaler, etwas über zehncentimestückgroßer Herd, der folgende Beschaffenheit aufweist. Die Haut fühlt sich daselbst rauh an, zeigt am Rande des Herdes leichte Schuppung, in der Mitte Felderung. Die Randpartie weist mehrere, ungefähr stecknadelkopfgroße, tief sitzende, sagokörnerähnliche Bläschen auf, die auf leicht geröteter Haut sitzen; einzelne davon sind weißlich getrübt. Am Nagelglied des Daumens sitzt ebenfalls ein vereinzeltes, mit ziemlich derber Decke versehenes Bläschen, so auch an der Innenseite der Endphalange des kleinen Fingers.

9. VIII. 1917. Es sind wieder vereinzelte neue Bläschen am Daumen aufgetreten, auch zeigt sich heute am linken Fuß an der Innenseite der vierten Zehe, wo die Haut weiß und leicht mazeriert ist, zum Teil krümelig, ein kleines vereinzeltes Bläschen. Der Pilzbefund im Aufhellungspräparat der Bläschen der Hand und des Fußes zeigt reichlich verzweigte, septierte Pilzelemente in Form von Myzelfäden.

Mikroskopisch war der Befund derselbe wie bei Fall I, ebenso ergaben die Kulturversuche sowohl von der Affektion der Hände als der Füße denselben Pilzstamm wie im Falle I.

Impfversuche:

a) Beim Menschen. Wir gingen zunächst so vor, daß wir die Reinkulturen der gezüchteten Pilze auf die Haut von Händen und Füßen anderer Patienten kräftig einrieben. Das Resultat dieser Versuche war negativ, indem nur leicht vorübergehende Rötung, nie aber Krankheitsherde, die dem ursprünglichen glichen, auftraten. Auch der Versuch, den Pilz in die sterile dyshidrotische Affektion der Hände des Patienten des I. Falles auf diese Weise zu inokulieren, schlug vollkommen fehl.

Erst als ich dazu überging, die zu inokulierende Haut während einiger Tage vor der Impfung sowie in der ersten Zeit nach der Impfung durch feuchte Verbände zu mazerieren, um so die Haftung der Pilze zu erleichtern, gelangen sämtliche Versuche. Es wurden so progressiv und rasch sich ausbreitende Krankheitsherde erzeugt, welche den ursprünglichen in jeder Hinsicht glichen, im klinischen Aussehen, im Pilzbefund, im Verlauf und in der Hartnäckigkeit gegenüber der Therapie. Die Rückimpfungen ergaben ausnahmslos den ursprünglichen Pilzstamm in Reinkulturen.

Aus der großen Serie der vorgenommenen Impfungen führe ich hier nur folgende an:

Versuch. Ein Patient R. wird am 12. XII. 1917 geimpft, indem ihm auf eine über fünffrankstückgroße, während der vorhergehenden Tage durchfeuchtete Hautstelle an der Außenseite des rechten Fußes in zwei Zonen, oben nur durch leichtes Bestreichen mit einem Spatel, unten durch Einreiben mit Glaspapier eine ungefähr zwei Monate alte Kultur des Pilzes eingerieben wird. Darauf feuchter Verband (mit NaCl-Lösung), der morgens und abends gewechselt wurde.

13. XII. Leichte blasse Rötung an der Inokulationsstelle, unten etwas stärker; keine Infiltration.

14. XII: Die Rötung schreitet rasch fort, an der stärker eingeriebenen Stelle ist die Rötung leicht hämorrhagisch geworden, erhaben und verbunden mit leichter Infiltration. Scharfe Abgrenzung beider Zonen.

15. XII. Die Rötung und Entzündung der eingeriebenen Stelle ist noch stärker geworden, sie ist deutlich über das Hautniveau erhaben, von fast dunkelblauroter Farbe. Bei genauem Zusehen sind zentrale, stecknadelspitzgroße Bläschen sichtbar.

Digitized by Google

17. XII. Der Herd läßt nun deutlich zwei Zonen unterscheiden, und zwar entsprechend dem Unterschied der Stärke der Inokulation. Seine Größe entspricht nun ungefähr einem kindlichen Handteller. Die obere Partie zeigt nur eine leichte Rötung, auf welcher zerstreut einzelne helle, im Niveau der Haut gelegene, stecknadelspitzgroße Bläschen stehen, von denen der größere Teil durch Kratzen zerstört worden ist und jetzt nur noch als kleinste, runde Krüstchen sich darstellen. Der untere Teil des Herdes, nämlich der durch kräftiges Einreiben behandelte, zeigt einen bedeutend stärkeren Grad der Entzündung, indem dort die Haut in toto intensiv gerötet und leicht infiltriert ist, während im Zentrum nur eine mehr oder weniger starke Schuppung besteht. Auch dieser Herd zeigt besonders am Rande eine dichte Aussaat von Bläschen und teilweise auch Pustelchen, von ungefähr derselben Größe wie oben. Die Grenzen gegen die gesunde Haut sind nirgends scharf, sondern es findet sich eine Zone, in welcher vereinzelte, kleinste, frische, von einem lebhaften Entzündungshof umsäumte Bläschen stehen.

Die mikroskopische Untersuchung einer Bläschendecke oder einer Hautschuppe am Rande des Herdes ergibt zahlreiche, gewundene, septierte Myzelfäden.

18. XII. Das klinische Aussehen des Herdes hat sich wesentlich verändert. An Stelle der Rötung ist jetzt ein mehr bläulicher Farbton getreten, indem offenbar neben der Hyperämie und Exsudation noch Hämorrhagien hinzugetreten sind. Auch das Aussehen der Bläschen hat sich verändert, indem nun die meisten durch Trübung des Inhaltes als Pustelchen imponieren. Einzelne unter ihnen haben bereits Kleinstecknadelkopfgröße erreicht. In der Umgebung des Herdes sind in der gesunden Haut nun ebenfalls kleinste Bläschen aufgetreten.

20. XII. Es werden kleinste Hautpartikelchen auf Maltose-Agar übertragen. (In der Folge gehen die vorher beschriebenen typischen Reinkulturen auf.)

24. XII. Der ganze Herd ist nun bis gut Handtellergröße angewachsen. Die Trennung zwischen oberem und unterem Teile ist verwischt. Im Zentrum stark verdünnte, rissige Epidermis, mit eingetrockneten Krusten, die hämorrhagischen Erscheinungen sind stark zurückgegangen, während am Rande ein ständiges Weiterschreiten des Prozesses zu beobachten ist. Der Randwall ist mäßig erhaben, zeigt starke Infiltration und Entzündung und ist mit einem ganzen Kranze stecknadelkopf- bis linsengroßer, gelblich getrübter, tiefsitzender Bläschen besetzt, mit stark entzündlicher Rötung der sie umgebenden Haut. Wo die Bläschen geplatzt sind, mäßige Sekretion und Krustenbildung. Patient klagt über starkes Jucken.

25. XII. Aussetzen mit feuchten Umschlägen, Trockenverband.

26. XII. Es treten am Rande des Herdes und entfernt davon stets wieder neue Bläschen mit starkem Entzündungshof auf. Im Zentrum ist die Haut rissig, mit oberflächlicher Schuppung. Pilznachweis mikroskopisch positiv.

27. XII. Beginn der antiparasitären Behandlung. Eröffnen der Bläschen, Jodpinselung. Nachher Salbenverband mit 10%iger Schwefel-, 3%iger Resorzin-Zinkpaste, zweimal täglich.

29. XII. Im Zentrum Abheilung. Am Rande und mehrere Zentimeter vom ursprünglichen Herd entfernt sind trotzdem wieder neue typische Bläschen aufgetreten, die rasch größer werden.

1. I. 1918. Infolge stetigem Neuauftreten von frischen Bläschen in der weiteren Umgebung Wechsel der Therapie. Verband mit 1%iger Chrysarobin-Vaseline, täglich.

5. I. Es sind keine neuen Bläschen aufgetreten. Kein Jucken mehr.

10. I. Herd vollständig abgeheilt, seit zwei Tagen keine Bläschen mehr.

b) Beim Tier (Meerschweinchen). Die Einreibungsversuche förderten hier im allgemeinen nur oberflächliche Entzündungen, Rötungen und Schuppungen zutage, die sich in der Peripherie ausdehnten. Nur bei einem Tier zeigte sich eine Affektion, die derjenigen des Menschen glich.

Ich gebe zum Beleg das Protokoll dieses Versuches wieder.

Versuch. Einem mittelschweren Meerschweinchen wird am 8. XI. 1917 eine $1^1/_2$ Monate alte Kultur in eine ungefähr fünffrankstückgroße, epilierte Hautstelle des Rückens eingerieben.

In den nächsten Tagen außer leicht traumatischer Reaktion nichts Besonderes.

14. XI. Zum ersten Male leichte Rötung der Haut, nebst geringer weißlicher Schuppung und Infiltration.

15. XI. Der Herd entspricht der geimpften Hautstelle, ist etwa fünffrankstückgroß und zeigt nicht scharf abgegrenzte Rötung und Infiltration der Haut. Auf der Ober-

Digitized by Google

fläche zahlreiche, dicht beieinanderstehende, weißliche Schuppen und vereinzelte, zerstreute Bläschen.

16. XI. Derselbe Befund, am Rande mehr Bläschen mit vereinzelten Pusteln.

17. XI. Der Herd ist heute über fünffrankstückgroß und stellt eine zusammenhängende, bräunlichgraue Schuppenmasse dar, aus der allerorts die intakten Haare hervorragen.

Am Rande, der keine besonderen Eigentümlichkeiten (Ringbildung usw.) aufweist, sondern ganz unregelmäßig gezackt und ausgebuchtet ist, findet sich eine an manchen Stellen zusammenhängende Reihe von etwa kleinstecknadelkopfgroßen, hellgelben, flachen Pusteln. Sowohl der Grund der Pusteln als auch die periphere, angrenzende Zone sind intensiv gerötet. Die Rötung greift $^1/_2$ cm weit über die Grenzen heraus. In der Umgebung des beschriebenen Herdes finden sich nur sehr spärlich vereinzelte Krüstchen auf gerötetem Grunde. Die Haut fühlt sich im Bereiche der Krankheitserscheinungen deutlich infiltriert an. Entfernt man die festhaftenden Krusten, so tritt eine gerötete, feuchtglänzende Fläche zutage, aus der zahlreiche Blutpunkte hervorragen.

18. XI. Status idem. Infiltration noch stärker. Bei Druck auf den Herd pfeift das Tier und macht Abwehrbewegungen. Mikroskopisch zahlreiche, gewundene, septierte Myzelfäden.

20. XI. In der weiteren Umgebung ist noch eine größere Zahl von kleineren und größeren linsengroßen Herden aufgeschossen. Die Herde zeigen geringe Infiltration und reichliche Schuppung. Es werden kleinste Partikelchen von Schuppen auf Maltose-Agar übertragen. (In der Folge gehen typische Reinkulturen an.)

22. XI. Die Infiltration des ursprünglichen Herdes hat bedeutend nachgelassen; besonders am Rande sind die meisten Pusteln geplatzt, an ihrer Stelle finden sich zum Teil braunrote Krusten.

25. XI. Im Zentrum Schuppung noch ganz gering, es tritt frische rote Haut zutage. Am Rande stets noch vereinzelte, mit Krüstchen überlagerte Stellen, Infiltration und Herde geschwunden. Nach außen stets noch Weiterschreiten in Form von kleinen, roten, schuppenden Herden.

28. XI. Heilung fortgeschritten, Krusten abgefallen, noch leicht schuppende Haut. Der Herd ist mit Haaren überwachsen.

Prüfung der Allergie: Bei meinen Fällen wie bei sämtlichen Patienten meiner Versuche wurde die allergische Reaktion mit Trichophytin ausgeführt. Bei allen fiel die Impfung positiv aus. Nach 12 Stunden mäßige Rötung und Infiltration der Impfstelle, nach 24 Stunden stark dunkle Rötung von ungefähr Zweifrankstückgröße und starke Infiltration weit in die gesunde Haut hinein. Nach weiteren 24 Stunden Rückgang der Erscheinungen. Zur Kontrolle wurde eine Anzahl gesunder Männer geimpft, die kaum oder doch viel schwächer reagierten. Es ist somit die positive Kutireaktion ein weiterer Beweis für die Pathogenität des Pilzes.

Zusammenfassung.

Wenn wir unsere eigenen Beobachtungen noch einmal kurz zusammenfassen, so ergibt sich dabei folgendes:

1. Im ersten Falle handelt es sich um eine bläschenartige Affektion der Hände und Füße, die seit mehreren Monaten bei einem sonst gesunden, mäßig schwitzenden Individuum besteht.

An den Händen herrscht in annähernd symmetrischer Ausbildung vollkommen der Typus der sogenannten Dyshidrosis, sagokörnerartig durchscheinende, stecknadelspitz- bis -kopfgroße, teils isoliert stehende, teils gruppierte Bläschen in großer Zahl auf Handwurzel und Handrücken, sowie an den Fingern vor. Die Entzündungserscheinungen sind außerordentlich gering bzw. fehlen, der Inhalt der Bläschen ist nirgends eitrig getrübt. Pilze lassen sich hier weder mikroskopisch noch kulturell nachweisen.

An den Füßen, welche besonders an den lateralen Partien, aber auch an der Achillessehnengegend, auf der Planta und an den Zehen

Digitized by Google

befallen sind, wird die Primäreffloreszenz ebenfalls durch ein Bläschen gebildet. Aber die Affektion bleibt hier nicht bei dem Bläschenstadium stehen, sondern es treten als neues Moment hier stärkere Entzündungserscheinungen ein. Die Bläschen wandeln sich pustulös um, und die umgebende Haut rötet sich teilweise stark. Durch Platzen und Austrocknen der Bläschen kommt es zu einer flächenhaften, scharf begrenzten, squamösen Dermatitis. Histologisch finden sich im Papillarkörper Zeichen von Entzündung, in der Epidermis Bläschen und Pusteln in allen Größen und Entwicklungsstadien.

Myzelfäden finden sich hier reichlich, sowohl in den Bläschendecken, in einzelnen Epidermisfetzchen und Schüppchen, die von der erkrankten Haut oder ihrer nächsten Umgebung stammen, als auch im histologischen Präparat. In letzterem liegen sie in Form septierter Myzelien reichlich innerhalb der Lamellen der Hornschicht, sowohl direkt über den Epidermisbläschen als auch zwischen denselben über der normalen Epidermis. Innerhalb der Bläschen, sowie überhaupt unterhalb der Hornschicht werden Pilzfäden vollkommen vermißt; nur an einer Stelle tritt ein Faden bis in die Decke eines Bläschens ein.

Der Pilz läßt sich sehr leicht reinzüchten, und es gehen dabei rasch wachsende, fein bestäubte, später vom Zentrum aus flaumig-pleomorph werdende Kulturen von reinweißer bzw. leicht gelblicher Farbe auf, die dem von Kaufmann-Wolf beschriebenen Pilzstamme nahestehen, wenn nicht mit ihm identisch sein dürften. Über die Pathogenität dieses Pilzes wird gleich zu reden sein.

2. In dem zweiten Falle war das Krankheitsbild ein ähnliches, jedoch weit milderes. Befallen sind hier Finger und Zehen, jedoch in sehr viel geringerem Grade. Die Primäreffloreszenz ist wiederum ein Bläschen, in dessen Decke sich der Pilz leicht nachweisen läßt. Auch im zweiten Falle ließ sich der Pilz leicht reinzüchten. Die Kulturen entsprachen in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Aussehen denjenigen des Falles I, mit der leichten Abweichung, daß sie von vornherein eine etwas mehr flaumige oder filzige Oberfläche zeigten.

Wie schon eingangs ausgeführt wurde, liegt die Bedeutung der Untersuchung von Kaufmann-Wolf hauptsächlich darin, daß sie uns die Affektion, die bisher als einfache Dyshidrosis bzw. als Ekzema dyshidroticum angesehen und behandelt wurde, als mykotischer Natur nachgewiesen und dadurch einen ätiologischen und therapeutischen Fortschritt angebahnt hat.

Dieser Nachweis beruht im wesentlichen darauf, daß es ihr gelungen ist, in einer großen Zahl von Dyshidrosisfällen in den erkrankten Hautpartien Myzelien nachzuweisen und in Reinkulturen Pilzstämme zu züchten, von denen einige bereits als pathogen bekannt waren, während der am häufigsten gefundene Pilz einer neuen, dem Trichophyton equinum nahestehenden Art anzugehören scheint. Gewisse Zweifel über die pathogene Rolle, welche dem Pilz für die beschriebene Affektion zuzuschreiben sind, blieben allerdings, wie bereits oben erwähnt wurde, bestehen.

Unsere eigenen Beobachtungen waren zunächst durchaus so, daß sie diese Zweifel unterstützen mußten: Einmal ließ sich der Pilz mikroskopisch, kulturell und histologisch im Fall I zwar mit größter Leichtig-

Digitized by Google

keit in den Krankheitsherden der Füße nachweisen, nie aber trotz eifrigster Bemühungen in der Affektion der Hände desselben Patienten, obschon dieselbe vollkommen dem Bilde der Dyshidrosis entsprach. Auch schlugen die ersten Impfversuche, die wir mit den Reinkulturen unternahmen, sowohl beim Meerschwein als beim Menschen fehl, bzw. verliefen ganz abortiv und entsprachen in keiner Weise dem ursprünglichen Krankheitsbilde. Ja sogar die Pilze, die wir auf die dyshidrotisch erkrankten Hände desselben Patienten einrieben, verschwanden wieder, ohne an den Inokulationsstellen irgendwelche namhaften Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Dies alles ließ unsere Bedenken, daß dem Kaufmann-Wolfschen Pilze eine ursächlich-pathogene, für das Dyshidrosisbild verantwortliche Bedeutung zukomme, gerechtfertigt erscheinen. Auch der histologische Befund im Hautschnitt ließ sich in gleicher Richtung interpretieren; fanden sich doch Myzelfäden stets nur in der intakten Hornschicht, über, nie in den eigentlich erkrankten Gewebsschichten, und zwar in gleicher Menge und Anordnung über den Bläschen und Entzündungsherden wie zwischen ihnen über den völlig intakten Epidermispartien. Da — wenigstens in dem Falle I — die pilzhaltige Affektion der Füße von der pilzfreien der Hände sich durch viel intensivere Entzündungserscheinungen — Rötung der die Bläschen umgebenden Haut, Pustulierung, Konfluenz zu größeren Herden usw. — auszeichnete, so lag es nahe anzunehmen, daß die eigentliche Grundkrankheit an Händen und Füßen, die Dyshidrosis, amykotischer Natur sei, während die an den Füßen konstatierte, komplizierende Entzündung auf Rechnung der nur an dieser Stelle gefundenen Pilze zu setzen sei.

Das Ergebnis weiterer Inokulationsversuche zwingt uns jedoch, diese Ansicht fallen zu lassen. Nachdem wir dazu übergegangen waren, die Reinkultur nicht mehr auf intakte, sondern auf durch vorherige Durchfeuchtung etwas mazerierte Haut einzureiben und auch die so infizierte Haut noch eine Zeitlang feucht zu halten, gelang es uns mit Leichtigkeit, die Pathogenität des Pilzes nachzuweisen. Nach einer Inkubation von 3—5 Tagen zeigten sich auf der inokulierten Stelle die ersten Krankheitserscheinungen in Form von intraepithelialen Bläschen, und es entwickelte sich nun ein Krankheitsbild, das dem ursprünglichen spontanen zum Verwechseln glich: Aufschießen von immer neuen, sagokörner- und froschlaichartigen Bläschen und Bläschengruppen, Pustulierung mehr oder minder zahlreicher Effloreszenzen, Konfluieren und Platzen solcher Bläschen und dadurch Ausbildung einer scharf begrenzten, feuchten Dermatitis, progressive Ausbreitung dieser Krankheitserscheinungen peripherwärts mit Aussprengung neuer Bläschen in die Umgebung, dies alles von starkem Juckreiz begleitet. In der affizierten Haut finden sich reichlich Myzelien, die sich mit Leichtigkeit reinzüchten lassen und dabei mit dem Ausgangsstamm identische Kulturen ergeben. Auch gegenüber der Therapie verhielt sich die experimentell hervorgerufene Mykose genau wie die spontane. Zugleich trat eine spezifische Umstimmung der Haut der infizierten Personen auf, die sich in einer starken positiven Trichophytinreaktion äußerte. Damit ist zugleich sichergestellt, daß der infizierende Pilz, wie das schon Kaufmann-Wolf annimmt, der Trichophytongruppe angehört.

Weniger deutlich war bisher das Resultat der Tierimpfungen, indem

Digitized by Google

nur einmal eine vesikulöse Affektion, in den übrigen Fällen nur eine oberflächliche, spontan wieder schwindende Dermatitis sich einstellte. Doch liegt das wohl an der Differenz des Terrains und an der mangelnden Mazerierung der Haut.

Nach dem Ergebnis dieser Versuche kann es nun wohl als sicher festgestellt werden, daß der von Kaufmann-Wolf bei einem Teile der Dyshidrosisfälle gefundene Pilz tatsächlich als der ursächliche Erreger dieser Krankheit angesehen werden muß und nicht etwa nur als Saprophyt. Weitere Beobachtungen werden lehren müssen, ob die mykotischen und amykotischen Fälle klinisch und histologisch wirklich vollkommen identisch sind, oder ob sich nicht doch gewisse Unterschiede zwischen beiden Gruppen — analog den Unterschieden zwischen Händen und Füßen in unserem Falle I — mit der Zeit werden herausschälen lassen. So erscheint uns z. B. das Bestehen von flächenhaften, scheibenförmigen (aus konfluierten, geplatzten Bläschen hervorgegangenen) trichophytoiden Herden neben isolierten Vesikeln im allgemeinen eher für die mykotische Natur der Affektion zu sprechen. Daß eine gewisse, durch Schwitzen zustande gekommene Mazerierung der obersten Hautschichten für das Haften und die Entwicklung der Pilze nicht ohne Bedeutung ist, geht aus den Versuchsergebnissen zweifellos hervor.

Nicht ohne Interesse ist ferner, daß sich die Pilze, wie das sowohl die histologischen Bilder als die (mit dem Bläscheninhalt negativ ausfallenden) Züchtungsversuche erweisen, nur im Stratum corneum aufhalten, während die Reaktionserscheinungen in den tieferen Schichten, im Stratum spinosum und im Papillarkörper zutage treten. Es ist das wohl nicht als eigentliche Fernwirkung aufzufassen, sondern so zu erklären, daß die Myzelien einen Stoff produzieren, der in die Tiefe dringt und das noch vitale Epithel — vielleicht auch die Gefäße — schädigt. Angesichts des durchaus ekzematoiden Charakters der ganzen Affektion (der sich ja schon in der alten Bezeichnung „Ekzema dyshidroticum" ausdrückt) wird man dadurch an Anschauungen erinnert, wie sie Unna in seiner Ekzemlehre entwickelt.

Literatur.

1. Alexander, A., Beiträge zur Kenntnis des Ekzema marginatum. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 11. — 2. Djélaleddin-Moukhtar, De la Trichophytie des régions palmaires et plantaires. Ann. de Derm. et de syph., 1892, Bd. 3, S. 885; ibid. S. 152, 182, 300, 651, 855. — 3. Hoffmann-Bonn, Hartnäckige Pilzerkrankung der Interdigitalräume mit familiärer Übertragung. D. m. W., 1916, Nr, 51. — 4. Kaufmann-Wolf, M., Über Pilzerkrankungen der Hände und Füße. Derm. Zschr., 1914, Bd. 21, S. 385. — 5. Kaufmann-Wolf, M., Über die Bestimmung pathog. Hyphomyzeten. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 111, S. 685. — 6. Kaufmann-Wolf, M., Zur Klassifiz. einiger Dermatomykosen. Derm. Zschr., 1915, Bd. 22, H. 8. — 7. Lewandowsky, F., Über Kerion Celsi, verursacht durch ein Mikrosporon Audouini, nebst Bemerkungen über die in Hamburg vorkommenden Mikrosporon- und Trichophytonarten. Arch. f. Derm., Bd. 121, S. 351. — 8. Nicolau, S., Contribution à l'étude du soi-disant „Eczéma marginatum" de Hebra. Ann. de Derm. et de syph., 1913, S. 65. — 9. Plaut, H. C., Die Hyphenpilze oder Eumyzeten in Kolle und Wassermann. 1912, Bd. 5. — 10. Sabouraud, R., Sur l'Eczéma marginatum de Hebra et sa très fréquente localisation aux pieds. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113. — 11. Sabouraud, R., Sur l'existence fréquente d'un soi-disant Eczéma des doigts et des orteils, dû à l'Epidermophyton inguinale. Ann. de Derm. et de syph., 1910, S. 289. — 12. Schramek, M., Befunde bei Pilzerkrankungen der Hände und Füße. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 630.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Laneps, eine neue Salbengrundlage, von RAPP. (M. m. W., 1917, Nr. 6.) Die Synthese des Laneps beruht auf der Kondensation von Kohlenwasserstoffen zu hochmolekularen Komplexen. Für die Herstellung stehen inländische Ausgangsstoffe in unbegrenzter Menge zur Verfügung. Die damit hergestellten Salben sind haltbar und geschmeidig, decken gut und reizen nicht. Da Laneps bis zu 50% Wasser aufnimmt, läßt es sich gut zu Kühlsalbe verarbeiten. A. Witte-Bremen.

Erfahrungen mit der neuen Salbengrundlage „Laneps", von BAER. (Ther. Mh., 1917, H. 3.) Das von der Firma Bayer & Co. auf synthetischem Wege dargestellte Laneps ist dem Lanolin ähnlich, ist vollständig geruchlos und läßt sich auf der Haut in äußerst fein verteiltem Zustande verreiben. Das Laneps stellt eine absolut reizlose Salbengrundlage dar. E. Brinitzer-Altona.

Lotional, eine fettlose Salbe, von THEODOR SACHS. (B. kl. W., 1916, Nr. 42.) Verfasser hat aus einem Gemisch von Zinkoxyd und voluminösem Aluminiumhydroxyd ein Präparat hergestellt, das pastenartige Konsistenz besitzt und absolut fettfrei ist. Es soll nur in möglichst kleinen Quantitäten, eventuell in Tubenform verschrieben werden, da es an der Luft leicht austrocknet. Letzterer Übelstand ließ sich zum Teil beheben durch Zusatz bestimmter Flüssigkeiten, durch den das Präparat auf Salbenkonsistenz gebracht wurde. Salbe wie Paste sind zur Behandlung größerer Körperflächen recht geeignet. Sie lassen sich mit Wasser und essigsaurer Tonerde entfernen. Zusätze wie Teer, Xeroform u. a. lassen sich beimengen, jedoch ist dabei Rücksicht zu nehmen auf eine eventuelle Reaktionsfähigkeit mit Zinkoxyd und Aluminiumhydroxyd. Fabrikant: Hirschapotheke-Frankfurt a. M. E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage der Wundbehandlung, insbesondere der Überhäutung großer Wundflächen, von SPIEGEL-Berlin-Lichtenberg. (M. Kl., 1916, Nr. 35.) Da die Überhäutung großer Wundflächen auf operativem Wege (Plastik) nicht überall angängig ist, so gibt der Verfasser in der vorliegenden Arbeit einige Hinweise auf Heilmittel, die sich ihm zur Förderung der Überhäutung wirksam erwiesen haben. Diesen Mitteln gemeinsam ist eine mehr oder minder stark ätzende, antiseptische Wirkung, welche die oberflächlichen Zellschichten zerstört oder reizt und dadurch in den tieferen Schichten Hyperämie und vermehrte Zellproduktion anregt. Nächst dem in erster Reihe zu nennenden, hinlänglich bekannten Argentumstift nennt der Verfasser neben dem Jodoform und seinen Ersatzmitteln das Leukozon (Kalziumperborat und Talkum āā), welches bei Berührung mit dem Wundsekrete aktiven Sauerstoff abspaltet. Das Granugenol „Knoll" hat zwar einen unzweifelhaft günstigen Einfluß auf die Granulationsbildung und Epithelisierung, hat aber den Nachteil, daß der die Wunde bedeckende Mull dasselbe aufsaugt und mit der Wundfläche verklebt; ebenso wie den Pulvern der Fehler anhaftet, daß sie sich durch ihre Unlöslichkeit mit dem Wundsekrete und den Verbandstoffen zu festen, den Sekretabfluß hindernden Krusten zusammenballen. Beiden Unzuträglichkeiten entgeht man bei der Verwendung epithelisierender Substanzen in Salbenform. Hier erwähnt SPIEGEL aus der großen Menge solcher Salbengemische als die ihm die besten Dienste leistenden: 1. 8% Scharlachrot-Salbe, 2. die 2%ige Pelidol-Salbe und 3. die WINTERsche Kombustin-Salbe. Die erste hat den Nachteil der nicht gleichmäßigen, bisweilen nicht unerheblichen Reizwirkung, und erfordert, um das sehr unangenehme Verschmutzen der Wäsche zu vermeiden, einen großen Verband mit fast täglichem Wechseln. Die 2%ige Pelidol-Salbe wirkt gleichmäßiger, aber auch bei längerer Anwendung oft entzündungserregend; doch leisten beide Salben so Gutes, daß SPIEGEL ihre Anwendung — wenn auch vorsichtig und in Intervallen — dringend empfiehlt. Die Zusammensetzung der dritten Salbe — des WINTERschen Kombustins — (Alaun-Wismuth- und Zinkverbindungen, 24%, Perubalsam 0,9%, Borsäure 0,1%, Amylum 25% und gewachste gelbe Vaseline 50%) ist sehr günstig. Die Salbe hat etwas pastenartige Konsistenz, ist relativ billig und sparsam, durchfettet die Verbände nicht, kann infolge ihrer sekretionsbeschränkenden Eigenschaft 3—4 Tage liegenbleiben und ist reizlos, so daß sie lange Zeit hintereinander angewendet werden kann. Dabei geht die Epithelisierung schnell vor sich, und zwar nicht nur wie bei den anderen

Digitized by Google

Salben vom Rande aus, sondern es bilden sich oft auch in der Mitte der Wundstellen Epithelinseln. Verfasser schildert dann noch die Technik der Anlegung der Verbände und der Verbandwechsel und hebt hervor, daß man sich in schweren Fällen aller sonstigen Hilfsmittel bedienen solle, die noch zu Gebote stehen; darunter versteht er in geeigneten Fällen Seifen- respektive Salzbäder, Behandlung mit trockner Wärme, Lichtbügel und Heißluft (Föhn) d. h. Maßnahmen zur Erzeugung von Hyperämien. Jedoch muß hier nach der Ausdehnung, der Art und dem Orte der zur Überhäutung zu bringenden Wundfläche individualisiert werden. Besonders guten Erfolg hat SPIEGEL oft in der Kombination von Lichtbügelanwendung respektive Föhnen mit gut granulationsfördernden Salbenverbänden gesehen. O. Lasch-Breslau.

Zur Wundbehandlung mit DAKINscher Lösung. Physiologische Antisepsis, von O. HIRSCHBERG. (D. m. W., 1916, Nr. 51.) Von den Mitteln der physiologischen Antisepsis muß verlangt werden, daß sie antiseptisch sind, d. h. keimtötend auf die Infektionskeime und zwar nur auf diese elektiv wirken, und daß sie die Gewebe nicht schädigen, im Gegenteil das Gewebe in seinem Kampf gegen die Infektionskeime unterstützen. Diesen Anforderungen entsprechend haben der Chemiker DAKIN und der Chirurg CARREL nach vielen Versuchen eine sogenannte „neue Methode der Antiseptik" gefunden, die als Behandlung mit „DAKINscher Lösung" bekannt geworden ist. Sie fanden, daß Lösungen der unterchlorigsauren Salze (Natriumhypochlorid) die Bedingungen der physiologischen Antisepsis am besten erfüllen. Die Bereitung der DAKINschen Lösung ist folgende: 200 g Chlorkalk werden gemischt mit 10 Liter Wasser und 140 g Natriumkarbonat, die Mischung geschüttelt und nach 30 Minuten filtriert. Zusatz von Borsäure in Substanz zur Neutralisation (Titrieren mit Phenolphthalein). Die Lösung hat rund $^1/_2$% Natriumhypochloridgehalt und soll z. B. Staphylokokken innerhalb zwei Stunden in Konzentration von 1 : 500000, bei Gegenwart von Blutserum erst bei 1 : 1000 bis 2500 töten. HIRSCHBERG hat die ursprüngliche Technik der Anwendung etwas modifiziert. Bei leichteren Fällen wird nach Spaltung und leichter Gazedrainage ein Umschlag mit einem Gazelappen, der in DAKINscher Gaze getränkt ist, gemacht. In den Gazelappen wird ein kleines Drainrohr zum nachträglichen Befeuchten (Nachschütten) an höchstgelegener Stelle eingeführt. Bei schwereren Fällen: Spaltung der Wunde, Einlegen eines oder mehrerer Drainrohre, die gelocht und mit Gaze umwickelt sind, Dauerirrigation. Das bisweilen auftretende Ekzem läßt sich durch reichliches Einsalben der Hautstellen, die besonders der Lösung ausgesetzt sind, vermeiden. Die Resultate waren durchaus befriedigend. HIRSCHBERG läßt es dahingestellt sein, ob nur die DAKINsche Lösung mit den von ihren Verfassern erwarteten Wirkungen diese Ergebnisse ermöglicht hat. Jedenfalls haben wir in der DAKINschen Lösung ein gutes antiseptisches Mittel zur Wundbehandlung. Die präzisen physiologischen Anforderungen, die jetzt an die chemischen Antiseptika gestellt werden, lassen hoffen, daß wir noch mehr wirksame Mittel zur Wundbehandlung finden werden. E. Brinitzer-Altona.

Über Wundbehandlung mit Laneps, von EBERSTEDT. (M. m. W., 1917, Nr. 17.) Laneps, das als Salbengrundlage von Friedr. Bayer & Co.-Leverkusen hergestellt wird, wirkt auch ohne irgendwelche pharmakologischen Beimengungen granulationsfördernd und eiterhemmend. Durch seine große Zähigkeit stellt es eine dauernde und gleichmäßige Wundbedeckung her. Es wird für die Wundbehandlung aufs wärmste empfohlen.
A. Witte-Bremen.

Die Schädlichkeit der essigsauren Tonerde und die Wirkung anderer Verbandwässer, besonders des Bleiwassers, bei der feuchten Wundbehandlung, von ERNST GELINSKY. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 106, H. 4.) Die Verbandflüssigkeit muß zwei Bedingungen erfüllen, steril sein und das Gewebe nicht reizen, sie darf auch nicht dem physikalischen Prinzip der freien Verdunstung Widerstand in den Weg legen. Diese schädliche Eigenschaft besitzt die essigsaure Tonerde sowohl wie ihre weinsteinsaure Verbindung, das Alsol. Innerhalb eines streng aseptischen Rahmens hat unsere Wundbehandlung drei Gesichtspunkte zu beachten: Ruhe, Sekretableitung, Hyperämie. Die Ruhebedingung verlangt Ruhigstellen und In-Ruhe-Lassen. Die Sekretion ist die Selbsthilfe des Körpers, Infektionsträger wie Fremdkörper zu entfernen. Die Wirkung der angewandten Flüssigkeit ist lediglich eine physikalische. Eine gesunde Granulationsdecke ist die Schutzschicht des Körpers gegen das Weitereindringen der pathogenen Keime, diesen Vorgang unterstützt der angefeuchtete Verband. Die essigsaure Tonerde und Alsol widersprechen den Forderungen der ungehinderten Sekretableitung und der Reizlosigkeit. Die besten Verhältnisse für die Wundbehandlung schafft die feuchte, offene Wundbehandlung. Ihre Vorteile sind: Fortfall der Störung der Ruhelage durch

Digitized by Google

den Verbandwechsel, beste Sekretableitung durch die Bespülung und günstige Bedingungen für die Granulationsbildung. Die praktische Ausführung ist die Tropfbehandlung. Bei allen Verletzungen der letzten Zeit ist der Verfasser immer mit der Bleiwasser- und Tropfbehandlung zum Ziele gekommen. Das vergessene alte Bleiwasser verdient es in ganz besonderen Maße zur Behandlung unserer Kriegsverletzungen herangezogen zu werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzungen, von KLINGMÜLLER. (D. m. W., 1917, Nr. 41.) An einem reichen Hautmaterial hat KLINGMÜLLER das Terpentin angewandt und die Beobachtung gemacht, daß es imstande ist, durch verschiedene Erreger hervorgerufene Entzündungen oder Eiterungen günstig zu beeinflussen oder zur Heilung zu bringen. Auch die Blennorrhoe wurde günstig beeinflußt, da dadurch nicht nur die Behandlung wesentlich abgekürzt, sondern auch Komplikationen verhütet wurden. Bei der Blennorrhoe muß aber auch die übliche örtliche Behandlung angewandt werden, da das Terpentin nur die Entzündung und die Eiterung beeinflußt, die Gonokokken aber nicht unmittelbar abtötet. Eine geradezu verblüffende Wirkung sah KLINGMÜLLER bei frischen Fällen von Erkrankungen der Sehnenscheiden, der Gelenke und der Konjunktiva. Dagegen ist bei Komplikationen in geschlossenen Herden wegen der starken örtlichen Reizwirkung Vorsicht geboten. KLINGMÜLLER hat das Terpentin in 20—40%iger Verdünnung in Öl angewandt und zwar meist nur einmal intraglutäal 0.2 injiziert. In anderen Fällen gab KLINGMÜLLER 2—4 Spritzen in steigender Dosis von 0,1—0,2 in Pausen von 3—5 Tagen. E. Brinitzer-Altona.

Die Diathermie im Kriege, von BRAUN-Solingen. (Ther. d. Gegenw., April 1917.) Diese Arbeit wird allen denen willkommen sein, die Genaueres über die praktische Ausführung des Diathermieverfahrens erfahren wollen. Sie bringt zum ersten Male eine systematische genaue Zusammenstellung der Anwendungsmöglichkeiten, Anwendungsarten und der Dosierungen dieses Verfahrens. Die näheren Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Bei der Behandlung der Gelenke erwähnt der Verfasser, daß er bei Arthritis blennorrhoica stets ein schnelles Aufhören der Schmerzen feststellen konnte. E. Brinitzer-Altona.

Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen, von J. SCHÜTZE-Berlin. (D. m. W., 1917, Nr. 13.) SCHÜTZE stimmt der Forderung von H. E. SCHMIDT (D. m. W., 1917, Nr. 7) zu, daß auch bei Röntgendurchleuchtungen die Anwendung einer ausdosierten Röhre und eines Dosimeters erforderlich ist. SCHÜTZE hat auf dem Röntgenkongreß 1914 die Möglichkeit der Ausführung dieser Forderung auf die einfachste Art und in kürzester Zeit mittels des Intensimeters nach FÜRSTENAU angegeben. Auch ist die Anwendung eines Filters, und sei er nur aus entsprechendem Holz, sehr zu empfehlen, besonders bei Durchleuchtungen mit dem Hochspannungsgleichrichter. E. Brinitzer-Altona.

Über filtrierte Röntgenbehandlung in der Oberflächentherapie, von GUSTAV STÜMPKE-Hannover-Linden. (M. Kl., 1916, Nr. 46.) STÜMPKE gibt zunächst eine Art Sammelreferat über die Arbeiten von F. M. MEYER, PFORBINGER, STERN, ALEXANDER, PAGENSTECHER und MOUTOT u. JAUBERT DE BEAUJEAN über die Wirkungen filtrierter harter Strahlen bei den verschiedenen Dermatosen. Im Anschluß berichtet er seine eigenen Erfahrungen über die Behandlung mit filtriertem Röntgenlicht, besonders bei Epilationen, Lichen ruber planus, Psoriasis und besonders Pruritus ani und vulvae. Er betont selbst, daß es der Hauptzweck dieser kurzen Mitteilung ist, auf die Bedeutung der gefilterten, harten Röntgenstrahlung hinzuweisen, speziell auch bei manchen Dermatosen, die bisher die Domäne reiner Oberflächentherapie waren. O. Lasch-Breslau.

Therapeutische Bemerkungen zur Heliotherapie, von Dr. HANS HEUSNER-Gießen. (D. m. W., 1917, Nr. 35.) HEUSNER wendet sich gegen die Ansicht KISCHS, daß in erster Linie die Wärmestrahlen für die Erfolge der Sonnenbehandlung in Betracht kommen, gibt aber eine nicht unbedeutende Wirkung der langwelligen Strahlen zu. Für die Richtigkeit der Behauptung, daß mehrere Komponenten bei der Wirkung der Sonnenstrahlen in Betracht kommen, führt er die Arbeiten von HERTEL und anderen an. Die Wirkung der kurzwelligen Strahlen ist eine wesentlich andere als die der langwelligen. Die gegen das Sonnenultraviolett geschützte Negerhaut ist nicht gegen die Quarzstrahlen geschützt. GLOGNERS Versuche auf Sumatra beweisen, daß die Malaienhaut bedeutend leichter Wärme abgibt als Europäerhaut. Die dunkle Hautfärbung wird außer durch Lichteinflüsse auch noch durch innere Ursachen bedingt. Das langstrahlige und das ultraviolette Erythem sind grundverschieden. Man unterscheidet nach JESIONEK

Digitized by Google

direktes und indirektes Wärme-Erythem. Das Pigment wird, wie viele Beweise lehren, nur durch ultraviolette, nicht durch Wärmestrahlen erzeugt. Ohne kurzwellige Strahlen kein Sonnenbrand, ohne Sonnenbrand kein Pigment. Eine sklavische Nachahmung der Sonnenbeleuchtung ist in der Heliotherapie vom Übel. Es kommt schließlich auf den Heilerfolg und die Einfachheit des Instrumentars an. P. Unna jun.

Die selbsthärtende Siederöhre, das Tiefentherapierohr, von H. Wintz-Erlangen. (M. m. W., 1917, Nr. 29, S. 944.) Warme Empfehlung der neuen, automatischen selbsthärtenden Siederöhre = Niedrigvakuum-(Ionen-)röhre. Die alte, unökonomisch arbeitende Osmo-(Palladium-)Regenerierung ist nach langen Versuchen der Firma C. H. F. Müller-Hamburg durch eine selbsttätige, kontinuierlich arbeitende Palladium-Regenerierung ersetzt. Denn diejenige Bestrahlungsröhre liefert die härtesten und daher besten Strahlen, bei der der Glasdruck eben ausreicht, um einen Strahlendurchbruch von Kathode zur Antikathode zu erzwingen. Die Röhre hat vier Ansätze, eine sehr lange Kathode mit Wasserkühlung, eine eigentümlich geformte Anode, die Antikathode mit der Müllerschen Wasserkühlung und eine Erdungs-Elektrode. Trotz der ständigen Regenerierung bleibt das Milliamperemeter völlig konstant. Die näheren theoretischen Angaben sollen in den „Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen" veröffentlicht werden. Die Durchschnittslebensdauer beträgt bei 3 Milliampere sekundärer Stromstärke 125—140 Lichtstunden in 3—4stündlichem Betrieb, gewiß eine bedeutende Leistung.

P. Unna jun.

Quarzlicht bei Hautkrankheiten, erfolgreiche Erfahrungen damit, von Edward Pisko-New York. (New York m. J., 9. Sept. 1916.) P. erklärt die Quarzlampe bei allen Hautaffektionen für angezeigt, wo Erweiterung der Blutgefäße vorhanden ist. Die ultravioletten Strahlen vernichten die Bakterien auf der Haut, wirken beruhigend auf die Hautnervenendigungen und bringen das Juckgefühl zum Verschwinden. Immerhin beschränkt sich die Wirkung der Quarzlampe auf kleine, umschriebene Herde von Follikulitis, Acne vulgaris und Alopecia areata; eine andere Gruppe von Hautkrankheiten kann durch die Tiefenwirkung der Strahlen beeinflußt werden, dazu gehören Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Naevus vasculosus und pigmentosus und Teleangiektasien. Die Tiefenwirkung wird dadurch erhöht, daß man mit verschieden geformten Quarzkristallen direkten Druck ausübt, und um so viel wie möglich die Wirkung der Hitze auszuschalten, setzt P. eine blaue Glasscheibe von 5 mm Dicke dazwischen, womit auch die Strahlenwirkung erhöht wird. P. wendet ausschließlich die verbesserte Bach-Nagelschmidsche Lampe an; neben der lokalen Einwirkung scheint sie entschieden auch günstigen Einfluß auf den allgemeinen Stoffwechsel, den Schlaf, Appetit usw. zu haben. Speziell muß erwähnt werden, daß das Juckgefühl, das oft so hartnäckiger Art ist, auf einige (Oberflächen-)Bestrahlungen völlig zurückging. P. hat noch beachtenswerte Erfolge in Fällen von Fußgeschwüren, intertriginösem Ekzema, Psoriasis, besonders aber bei Haarausfall, vorzeitiger Kahlheit des behaarten Kopfes usw. erlebt, in welch letzteren Fällen die Resultate meist dauernd und sehr dankenswert waren.

M. Stern-München.

Behandlung von Hautleiden mit der künstlichen Höhensonne, von R. Polland-Graz. (Mitt. d. Ver. d. Ärzte Steiermarks, 1916, Nr. 6.) Verfasser hat mit der Bestrahlung durch die künstliche Höhensonne bei den verschiedensten Dermatosen sehr gute Erfolge erzielt, so bei Lupus-Skrophuloderma, Seborrhoe, Akne, Follikulitis, Haarausfall, Pityriasis versicolor, Pityriasis rosea, Erythrasma, Ekzema marginatum, Favus und Mikrosporie. Die Erfolge bei Psoriasis sind weniger günstig; ebenso bei den luetischen Leukodermaflecken, besser sind die Resultate bei Wunden, oberflächlichen Defekten oder durch Eiterung entstandenen Substanzverlusten. W. Chrzelitzer-Posen.

Eine lichtbiologische Beobachtung, von E. Collin. (Ugeskrift f. Laeger, 1917, Nr. 7.) Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß die Quarzlampen in Verbindung mit Glühlichtlampen das Erythem schneller hervorrufen; letzteres wird stärker und bei kürzerer Exponierung hervorgerufen als durch die Quarzlampe allein.

W. Holland-Kristiania.

Erfahrungen mit der Siemens-Aureollampe, von Ulrichs und Wagner. (D. m. W., 1917, Nr. 18.) In dem Vereinslazarett Siemensstadt wurde die Aureollampe mit gutem Erfolge zur Behandlung von Haut- und Weichteilwunden, Knochenfisteln, Tuberkulose, Schwächezuständen, Hauterkrankungen sowie Rheumatismus verwendet. Alle Bestrahlungen wurden bei einem Lampenabstand von 75 cm begonnen; um die Intensität der Bestrahlung zu steigern, kann man bis auf 40 cm Abstand herabgehen. Die Dauer der Bestrahlung beträgt bei der ersten Sitzung 10 Minuten; am folgenden oder jeden zweiten

Digitized by Google

Tag werden 5 Minuten zugelegt. Bei Ekzemen wird langsamer vorgegangen; bei der ersten Sitzung sollen 5 Minuten das Maximum sein. Bei Psoriasis waren Ulrichs und Wagner dagegen bemüht, durch längere Bestrahlungsdauer schnell einen kräftigen Reiz auszuüben. E. Brinitzer-Altona.

Radium bei nichtmalignen chirurgischen Erkrankungen, von Robert Abbe-New York. (M. Record, 8. Juli 1916.) Außer beim Frühjahrskonjunktivalkatarrh, beim Hämolymphangiom der Zunge, bei den Stimmbandpapillomen hat der Verfasser Radium mit gutem Erfolge bei der Leukoplakie, beim chronischen flachen Ulkus der Lippe, beim Naevus vasculosus und beim Keloid angewandt. Für jede Krankheit werden die zugehörigen Fälle zugleich mit einer Abbildung mitgeteilt. Angaben über Dosierung fehlen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Nachbarwirkung des Eigenserums und deren therapeutische Verwertung, von Rudolf Müller. (W. kl. W., 1917, Nr. 26.) Die Injektionen werden immer wenigsten zwei Querfinger vom Erkrankungsherde entfernt ausgeführt. Zur Behandlung kamen Abszesse, Furunkel, Bubo, Urethritis, Arthritis blenn., Konjunktivitis, schlechtheilende Ulzera, Pernionen usw. Der Ablauf der Entzündung wird gewöhnlich in überraschender Weise beschleunigt. Die Heilungstendenz chronischer Prozesse wird in deutlicher Weise gesteigert. H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über den Nachweis des Salvarsans in forensischen Fällen, von Gerhard Müller. (Diss., Jena 1914.) Der Kranke wurde wegen Primäraffekt mit 0,5 Salvarsan intravenös behandelt; drei Tage später wurde er tot aufgefunden. Da die Beschuldigung, der Tod wäre durch Salvarsan bedingt worden, erhoben worden war, erfolgte die gerichtliche Sektion. Diese ergab eine Strychninvergiftung. Bezüglich des Verhältnisses zwischen Salvarsan und Strychnin stellte Verf. nun Versuche an, die folgendes Ergebnis hatten: Salvarsan ist im Urin noch 37 Stunden nach der Injektion nachzuweisen. In Leichenteilen ist es sieben Tage nach dem Tode im Muskel, vier Tage in der Leber aufzufinden; vom Tage der Injektion gerechnet nach neun Tagen in der Leber, nach zwölf Tagen im Muskel. Eine geringe subletale Dosis von Strychnin genügt, um bei mit Salvarsan behandelten Tieren den Tod herbeizuführen. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Am 26. März 1918 fand in Berlin eine außerordentliche Sitzung des Ausschusses statt. In dieser wurden folgende Beschlüsse gefaßt: 1. Es wird von der Wahl eines Generalsekretärs für jetzt abgesehen und die Neubestallung des Vorstandes statutengemäß bis zur Wiedererneuerung des Ausschusses bei der nächsten allgemeinen Versammlung verschoben. 2. Während des Krieges werden auch weiterhin die Mitgliederbeiträge nicht eingezogen. 3. Von einer allgemeinen Versammlung während des Krieges soll zunächst abgesehen werden. 4. Die Bestrebungen der deutschen Universitätslehrer bei den zuständigen Behörden des Reiches und der Einzelstaaten volle Prüfung in Dermatologie, Ausbau der dermatologischen Klinik usw. zu erreichen, sollen von der D. D. G. energisch unterstützt werden.

Zur Verhinderung der Ausnutzung des Publikums durch Kurpfuscher hat der Oberbefehlshaber in den Marken u. a. verboten: Die Behandlung aller Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane, von Syphilis, Schanker und Tripper, auch wenn sie an anderen Körperstellen als an den Geschlechtsorganen auftreten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. Juni 1918 | Nr. 22 | Band 66

Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda, und weitere Erfahrungen über Leukogen[1]).

Von

Dr. Heinrich Loeb,

Chefarzt der dermatolog. Abteilung am Allgem. Krankenhaus Mannheim.

Trichophytie ist die glücklich gewählte, der französischen Literatur entnommene Bezeichnung für die Erkrankungen, welche durch das von Gruby 1841 entdeckte Trichophyton tonsurans hervorgerufen werden. Nachdem schon bald auf die Variabilität dieses Pilzes hingewiesen, wurden von Sabouraud (Paris), von Plaut (Hamburg) in der Mitte der 90er Jahre 17 verschiedene Arten beim Menschen gezüchtet; jedoch bringen die einzelnen Variationen nicht immer dasselbe Krankheitsbild hervor. — Klinisch unterscheidet man 1. die Trichophytia superficialis, welche als zirkumskripte Form (Herpes tonsurans und Ekzema marginatum) und disseminierte (Herp. tons. maculosus) erscheint, und 2. die Trichoph. profunda und zwar a) der behaarten Kopfhaut (Trichophyt. capilli), b) des Bartes (Sycosis parasitaria profunda). Ich würde es für zweckmäßig erachten, noch eine Übergangsform abzugrenzen, als 3. Trichophyt. infiltrans, die eine Zwischenstellung zwischen oberflächlicher und tiefer Trichophytie einnimmt, ein diffuses cutanes Infiltrat bildet und sich klinisch, prognostisch und therapeutisch eigenartig verhält. Sie entsteht im Anschluß an einen, öfters schon geheilt scheinenden, Herpes tonsurans, breitet sich intrakutan flächenförmig, aber weniger in die Tiefe aus, zeigt keine Neigung zur Bildung von tiefen Knoten oder Abszedierung, verläuft wenig akut und setzt der Behandlung größere Schwierigkeit entgegen. Ob eine bestimmte Pilzvariation oder Hautbeschaffenheit die Ursache dafür abgibt, lasse ich dahingestellt. —

Nicht zur Trichophytie zu rechnen ist die Sycosis vulgaris oder coccogenes, welche durch andere Erreger hervorgerufen wird und sich auch klinisch anders verhält.

Die Trichophytie, die über die ganze Erde verbreitet ist, schwankt örtlich, zeitlich und in ihrer Form in den weitesten Grenzen. Unter dem Einflusse des Krieges hat sich bei uns die Zahl der Erkrankungen ungemein gesteigert. Während diese unter meinen Krankenkassenpatienten, welche statistisch leichter zu erfassen sind, 1912 2%, 1913/1915 1% ausmachten, stieg die Zahl im 2. Semester 1917 auf 5%, im Januar 1918 auf 9½% und betrug unter den Neuzugängen dieses Monats 12%.

[1]) Vorgetragen in der Gesellsch. d. Ärzte in Mannheim am 4. II. 1918.

Digitized by Google

Dabei handelt es sich jetzt meistenteils um Herpes tonsurans barbae, während früher der harmlose Herpes squamosus überwog. Während sich die räumliche Rekrutierung früher hauptsächlich auf einige Vorortsbezirke mit industrieller oder landwirtschaftlicher Bevölkerung beschränkte, kommen jetzt Erkrankungen aus allen Teilen der Stadt und deren näherer und weiterer Umgebung. Auch die sozial bessergestellten Kreise ebenso wie Frauen werden häufiger als früher infiziert. Vielfach werden Erkrankungen von der Reise mitgebracht, wie ich auch wiederholt Gelegenheit habe, Kinder zu sehen, welche die Erkrankung aus Ferienkolonien oder vom Sommeraufenthalte auf dem Lande einschleppten. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß es sich bei der Zunahme der Bartflechte nicht um eine lokale Erscheinung handelt, sondern daß eine geradezu epidemische Ausbreitung über ganz Deutschland vorliegt, was durch Notizen der Fach- und Tagesblätter bestätigt wird.

Bei der nicht ganz einwandfreien Rasierhygiene im Felde und in der Etappe, bei der großen Anhäufung der Truppen boten sich zunächst dort günstige Verhältnisse für die Ausbreitung der Erkrankung. Durch Urlauber, Zurückbeförderte, Verwundete usw. wurden neue Infektionsherde in der Heimat gesetzt, wo inzwischen die Bedingungen gleichfalls günstig für eine Weiterverbreitung geworden waren. Die Zahl der Raseure ist stark verringert; ihre Läden sind nur kurze Zeit geöffnet, so daß der Andrang ein stärkerer ist und nicht mit der üblichen Sorgfalt und Umsicht gearbeitet werden kann. An Stelle erfahrener Barbiere arbeiten jugendliche unerfahrene Hilfskräfte, welche den anfangs harmlos erscheinenden Effloreszenzen der Bartflechte keine Bedeutung zumessen. Dazu tritt die Verschlechterung der Seife und deren Teuerung, die Schwierigkeit des Serviettenersatzes, das Verschwinden desinfizierender Toiletteartikel: Umstände, die in ihrem gehäuften Zusammentreffen genügen, das epidemische Auftreten der Bartflechte zu erklären.

Die Behandlung der Trichophytie muß sich dem jeweiligen Stadium anpassen. Bei der oberflächlichen Form besteht sie in desinfizierenden und schälenden Medikamenten: verdünnte Jodtinktur, Naphthol, Schwefel, Teer, Chrysarobin, Cignolin-Bayer, Schmierseife; bei der tiefen Bartflechte kommt neben der desinfizierenden eine erweichende und resorbierende Behandlung in Frage: Umschläge, Jod- und Hg-Präparate, Inzision der erweichten Knoten. Da die Pilze fest in den Haaren sitzen, wird deren Beseitigung durch Epilation erforderlich; diese erfolgt durch die Zilienpinzette oder durch Röntgenbestrahlung. Durch letztere wird die Epilation schmerzlos und gründlich erreicht, gleichzeitig das Schwinden der Infiltrate gefördert und die Heilung durch eine eventuelle reaktive Entzündung beschleunigt, ähnlich wie durch Chrysarobinbehandlung. Immerhin gehört die Bartflechte zu den Erkankungen, deren Heilung an die Geduld des Patienten und Ausdauer und Fähigkeit des Arztes große Anforderungen stellt.

Im Jahre 1902 veröffentlichte Neisser (Breslau)[1]) Untersuchungen seines verstorbenen Assistenten Plato über Trichophytin, ein Filtrat aus einer einige Monate alten Kultur aus Trichoph. profunda, zu deren

[1]) Arch. f. Derm., 1902, Bd. 60.

Digitized by Google

Herstellung er durch die Erfolge des Tuberkulins angeregt war. Er hatte gefunden, daß damit bei Patienten mit Sycosis profunda eine mit Temperatursteigerung und allgemeinen Intoxikationserscheinungen einhergehende Reaktion, ferner lokal Steigerung der Hyperämie und Pustelbildung ausgelöst wurde, die von einem unverkennbaren therapeutischen Effekte gefolgt waren. Bei oberflächlichen Trichophytiekranken und trichophytiefreien Personen wurde eine Reaktion damit nicht ausgelöst.

Therapeutisch wurden von Bruck und Kusunoki Trichophytininjektionen erfolgreich angewandt und von Stein durch lokale Einreibung von Trichophytinsalben nennenswerte Besserung erreicht. — Bloch (Basel)[1]), welcher Trichophytin teils in subkutanen Injektionen, teils intradermal oder als Euzeringemisch kutan applizierte, hält die spezifische Therapie der tiefen Trichophytie von unleugbarem Werte und für das einfachste, rascheste und sicherste Verfahren zur Heilung der Dermatose.

Ich selbst hatte Gelegenheit, vor einigen Jahren 2 Fälle von Sykosis mit Trichophytin zu behandeln, das von Dr. Altmann, Assistenten der dermatologischen Klinik in Frankfurt, hergestellt und mir überlassen war, wobei ich einen zweifellos günstigen Einfluß beobachten konnte. —

Einen größeren Umfang hat die Trichophytinbehandlung bisher nicht angenommen. Das Interesse blieb auf einen kleinen Kreis beschränkt, und die späteren Mitteilungen, die hauptsächlich aus der Klinik von Bloch stammen, befassen sich mehr mit der biologischen als therapeutischen Anwendung.

Diese kurze Zusammenfassung entspricht dem Stande der Therapie, als mir am 31. VII. 1917 der Patient Sch. mit einer Sycosis parasitaria zur Behandlung überwiesen wurde, die sich aus einer vor 8 Wochen erworbenen scheibenförmigen Hautkrankheit — Herpes tonsurans — entwickelt hatte. Die untere Gesichtshälfte war geschwollen, gerötet, von Knoten, Abszessen und Borken besetzt, das Kauen erschwert, Submental- und Präaurikulardrüsen vergrößert und schmerzhaft. Der Prozeß war so akut, daß ich mich auf antiphlogistische Maßnahmen beschränkte. Trotzdem nahmen die Entzündungserscheinungen zu. Es fiel mir dabei auf, daß das Entzündungsgebiet eine viel größere Ausdehnung angenommen hatte, als der Größe der primären Sykosisknoten entsprach. Auch traten in größeren Entfernungen eitrige Anschoppungen auf, die den Eindruck impetiginöser Staphylokokkenerkrankung machten. Ich entschloß mich daher, zu einem Versuche mit Staphylokokkenvakzine und benutzte dazu das Präparat Leukogen, welches neuerdings durch die Höchster Farbwerke in den Verkehr gebracht worden war.

Dasselbe stellt eine Emulsion abgetöteter Staphylokokken, aus Kulturen von Staphyl. albus, citreus und aureus dar. Die Literatur ist noch nicht sehr umfangreich. Dr. med. Doctor[2])-Frankfurt a. M. sah neben gutem Erfolge bei Furunkulose keine merkliche Beeinflussung eines Falles von Sycosis vulgaris, eine auffallend schnelle Rückbildung der tiefen Infiltrate nach den ersten Leukogeninjektionen bei einem Falle von Syc. parasitaria, der aber gleichzeitig mit Röntgenbestrahlung usw. behandelt wurde und daher nicht zu verwerten ist. Bronner[3])-Zabern gutes Resultat bei Furunkulose, Akne und Hidradenitis axillaris; Gehring[4])-Sayda bei sich selbst zur Heilung seiner seit 5 Jahren

[1]) M. m. W., 1915, Bd. 22. — [2]) M. m. W., 1916, Nr. 50. — [3]) D. m. W., 1917, Nr. 13. — [4]) Ther. d. Gegenw., Dezember 1917.

Digitized by Google

bestehenden axillaren Schweiß- und Lymphdrüsenabszesse; E. HOFFMANN[1]) bei Pyodermien (nicht bei Syc. parasitaria).

Patient bekam am 8. VIII. 1917 1 ccm Leukogen mit 10 Millionen Staphylokokken intramuskulär glutäal (Abendtemp. 40,4).

13. VIII. 1917. 2. Injektion, 10 Mill. ebenso (37.9).

16. VIII. 3 Injektion, 25 Mill. Schwellung deutlich verringert.

20. VIII. 4. Injektion. Tumoren blasser, schmerzlos.

23. VIII. 5. Injektion, 50 Mill. Tumoren abgeflacht, keine Sekretion mehr.

27. VIII. 6. Injektion, 75 Mill.

30. VIII. 7. Injektion, 100 Mill.

5. IX. Die Erkrankung völlig abgeheilt mit Hinterlassung roter Stellen; Haut weich, nicht infiltriert.

8. X. Haare an den früheren Erkrankungsherden ausgefallen, oberflächliche Narbenbildung an einzelnen Stellen; keine Knoten oder Infiltratsreste vorhanden.

15. XI. Völlig geheilt, mit Hinterlassung zahlreicher Narben an Wange, Kinn und Kiefergegend.

4. II. 1918[2]). Heilung hat standgehalten. Insgesamt 7 Injektionen mit 295 Mill. Staphyl.

Neben Leukogen wurden noch ab und zu Resorzinumschläge und Ungentum praecipit. alb. angewandt.

Durch diesen frappanten Erfolg veranlaßt, wendete ich bei weiteren Patienten dieselbe Therapie an.

Fall 2. H. G. Erkrankt und behandelt mit Salben seit 4 Wochen. Status: Zwei etwa fünfmarkstückgroße infiltrierte Herde am Halse und Unterkiefer; einige kleinere Knoten an der Wange, tiefe Infiltrate am Halse.

3. X. 1917. Leukogeninjektion muskulär glutäal, 10 Mill.

13. X. Schwellung geschwunden, Infiltrate kleiner; 4. Injektion, 75 Mill.

16. X. Einige Knoten abszedieren, 5. Injektion, 100 Mill.

3. XI. 9. Injektion, 750 Mill.; geheilt mit Hinterlassung kleiner Narben ohne Infiltrat. Verabreicht wurden insgesamt 1800 Mill. in 9 Injektionen.

Fall 3. G. J. Vor 6 Wochen runde, rote Scheibe am Halse, zunehmend; seit 3 Wochen in ärztlicher Behandlung mit Salbe.

9. X. 1917. Das Kinn und der Hals dicht besetzt mit eiternden, nässenden, tiefen Infiltraten. Seit gestern diffuse Schwellung: Sycosis parasit. profunda. 1. Leukogeninjektion 10 Mill. muskulär glutäal. Abendtemperatur 38.

12. X. 2. Injektion, 25 Mill.

16. X. 3. Injektion, 50 Mill; beginnende Rückbildung; Nässen geringer; Schmerz geschwunden.

23. X. 5. Injektion, 100 Mill.; Infiltrate um die Hälfte verkleinert.

2. XI. 8. Injektion, 500 Mill.; Abendtemperatur 37,5; etwas abgeschlagen.

10. XI. 10. Injektion, 500 Mill.; Knoten flach, wie von innen aufgesaugt.

19. XI. 12. Injektion, 800 Mill.; an einer Stelle papillomatöse Effloreszenzen.

10 XII. 15. Injektion, 500 Mill.; abgeheilt.

4. II. 1918[2]). Vollständig geheilt, ohne Infiltrat; Haare wachsen wieder. Patient fühlt sich viel gehobener und kräftiger als vor der letzten Erkrankung. Insgesamt 15 Injektionen mit 5450 Millionen.

Fall 4. B. G. Seit einem viertel Jahre erkrankt, zuerst rote Platte am linken Ohr und am Halse; behandelt seit 3 Wochen.

Status: Beide Wangen, Kinn und Hals nässend mit Borken besetzt, submental ein taubeneigroßer Tumor, am linken Kieferbogen nußgroßes Infiltrat. Am rechten Vorderarm 2 fünfmarkstückgroße, mäßig infiltrierte Scheiben, am linken Arm ein kleiner Herd.

Diagnose: Syc. profunda parasitaria.

29. X. 1917. 1. Leukogeninjektion muskulär glutäal 20 Mill.; Abendtemp. 38,8.

1. XI. 2. Injektion, 25 Mill. Die erkrankten Stellen mehr sukkulent. Patient fühlt sich unbehaglich. 37,5.

8. XI. 75 Mill.; Allgemeinbefinden gut; deutliche Rückbildung der Herde und Knoten.

---

[1]) Therapie der Bonner Klinken, 1917. — [2]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

23. XI. 8. Injektion, 500 Mill.; sehr gut rückgebildet, zum großen Teil geheilt. An der linken Wange unter einer Borke Eiterretention. Entfernung der Borke. Ungt. praecip. aib. als erste lokale Behandlung.

29. XI. 9. Injektion, 350 Mill. Schluß der Behandlung.

4. II. 1918[1]). Völlig geheilt, gehobenes Allgemeinbefinden. Insgesamt 9 Injektionen mit 1670 Mill.

Fall 5. H. L. 12jähriger Junge, infiziert während eines Landaufenthalts durch einen Ochsen. Handgroße schuppende Fläche vor dem rechten Ohr über die ganze Wange mit dickem Infiltrat und Erweichung am oberen Pole, seit 5 Wochen. Starkes Ödem der Augenlider rechts: Herpes tonsurans mit Sycosis profunda.

26. X. 1916. 1. Injektion, Leukogen glutäal muskulär.

30. X. Schwellung der Lider geschwunden, Abszeß fluktuierend, die übrigen Erscheinungen gebessert. 25 Mill.

6. XI. 3. Injektion, 50 Mill. Abszeß aufgebrochen.

21. XI. 7. Injektion, 400 Mill. Überall schimmert normale Haut durch.

26 XI. 8. Injektion, 200 Mill., geheilt. Insgesamt 8 Injektionen mit 1185 Mill.

4. II. 1918[1]). An Stelle des Abszesses glatte Narbe, die früher erkrankte Haut noch durch leicht gerötete Verfärbung erkennbar.

Fall 6. K. F. Herpes tonsurans seit 14 Tagen; jetzt zentrale follikuläre Knoten am Halse, ebensolche Herde auf dem rechten Vorderarm und an der Brust.

6. XI. 1917. Intrakutane Impfung auf dem rechten Vorderarm. Dieselbe blieb reaktionslos. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill., intramuskulär glutäal.

8. XI. Sieht blasser aus. 2. Injektion, 100 Mill.

16. XI. 3. Injektion, 200 Mill. Pusteln und Infiltrate eintrocknend, schuppend; papillomatöses Aussehen der schrumpfenden Knoten.

23. XI. 5. Injektion, 750 Mill.

25. XI. Morgens 38,7, abends 39,7. Hustenreiz.

3. XII. Temperatur abgefallen. 6. Injektion, 250 Mill.

11. XII. 8. Injektion, 250 Mill. Die Erkrankung ist abgeheilt, Haare ausgefallen; an einigen Stellen verruköse, papilläre Wucherungen.

4. II. 1918[1]). Abgeheilt. Insgesamt 8 Injektionen mit 2500 Mill.

Fall 7. A. C. Sykosis seit 6 Wochen; große Knoten am Halse. Ein Drüsenabszeß, der vor 14 Tagen gespalten wurde, eitert noch.

6. XI. 1917. 1. Leukogeninjektion, 10 Mill., glutäal intramuskulär.

13. XI. 3. Injektion, 100 Mill. Deutlich flacher. Ein neuer Abszeß.

23. XI. 6. Injektion, 500 Mill.

1. XII. Bronchitis.

4. XII. 8. Injektion, 200 Mill.; Kopfschmerz.

17. XII. Sehr gute Rückbildung, Kopfschmerz und Bronchitis nahezu verschwunden. 9. Injektion, 100 Mill.; subkutan in rechten Vorderarm. An der Injektionsstelle nach 12 Stunden mäßige lokale Schwellung und Rötung.

28. XII. 10. Injektion, 150 Mill. Gesicht abgeheilt. Insgesamt 9 Injektionen mit 1900 Mill.

Fall 8. W. G. Vor 11 Wochen kreisrunde Ringe am Halse; 1 Woche Jodtinktur, dann Salbe und Sublimatlösung. Seit 4 Wochen das ganze Kinn und der Hals besetzt mit haselnußgroßen Knoten. Auf linkem und rechtem Handrücken gleichfalls Infiltrate: Sycosis parasitaria profunda.

24. XII. 1917. 1. Leukogeninjektion, 15 Mill.; intramuskulär glutäal.

3. I. 1918. 3. Injektion, 75 Mill. Hals freier beweglich.

7. I. 5. Injektion, 100 Mill., rechter Vorderarm subkutan, blieb reaktionslos.

10. I. 6. Injektion, 150 Mill. Davon 100 Mill. (2 Teilstriche) subkutan. Vorderarm: leichte lokale Reaktion; 1 Teilstrich (50 Mill) intrakutan; linker Oberarm: ganz leichte Rötung in der Ausdehnung des gesetzten Depots.

19. I. 8. Injektion, 300 Mill.

29. I. 10. Injektion, 200 Mill.; intramuskulär glutäal.

---

[1]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

16. II. 13. Injektion, 400 Mill. Kinn und Hals völlig abgeheilt, mit kleinen follikulären Narben. An der Wange rechts ein kleiner Furunkel. Insgesamt 13 Injektionen mit 2500 Mill.

Fall 9. K. J. 27. XII. 1917. Seit 3 Wochen Erkrankung am Halse. Jetzt tiefe pflaumengroße Knoten am Kinn und Hals. Links Sycosis parasitaria profunda. 1. Leukogen, 50. Mill. subkutan, Vorderarm.

31. XII. 2. Injektion, 75 Mill. subkutan.

3. I. 1918. 3. Injektion, 100 Mill. intramuskulär. An Stelle der subkutanen Injektionen war jeweils lokale mäßige Schwellung und Rötung aufgetreten.

10. I. 5. Injektion; davon 150 Mill. intramuskulär, 50 Mill. (0,1 ccm) im rechten Vorderarm intrakutan, blieb reaktionslos.

18. I. 7. Injektion, 400 Mill.; davon 200 Mill. (0,4 ccm) subkutan rechts: stärkere lokale Reaktion. 50 Mill. (0,1 ccm) intrakutan, links: angedeutete Reaktion; 150 Mill. intramuskulär: keine Reaktion.

22. I. 8. Injektion, 500 Mill.

26. I. Bronchitis: 125 Mill.

31. I. Bronchitis gebessert, 10. Injektion, 120 Mill.

4. II[1]). Abgeheilt mit einem kleinen Keloid und einigen verrukösen Papillarhypertrophien; die Haare sind teilweise ausgefallen. Insgesamt 10 Injektionen mit 2020 Mill.

Fall 10. J. A. Knoten und Borken über den ganzen Bart seit vier Wochen.

3. XII. 1917. 1. Leukogen, 10 Mill.

6. XII. 25 Mill.

22. XII. 4. Injektion, 150 Mill.; deutliche Besserung, papilläre Wärzchen.

8. I. 1918. Stellenweise abgeheilt, stellenweise noch borkige Auflagerungen. 5. Injektion, 100 Mill. subkutan.

4. II[1]). 7. Injektion, intramuskulär.

13. II. Geheilt. Insgesamt 7 Injektionen mit 735 Millionen.

Fall 11. Z. G. Erkrankt seit Anfang Dezember mit Herpes tonsurans-Scheibe, später Flecken und Knötchen am Halse. Zuerst Jodtinktur, dann Salbe.

21. XII. 1917 bis 5. I. 1918. 6 subkutane Injektionen von 15—150 Mill. Langsame Rückbildung.

9. I. 1918 bis 25. I. 5 intramuskuläre Injektionen von 200 bis 400 Mill.

6. II. Wegen Erkältung (Schnupfen, Schmerz im Kehlkopf) hatte Patient die Behandlung unterbrochen. Inzwischen ist völlige Heilung der erkrankten Haut mit Zurücklassung oberflächlicher mäßig geröteter Narben eingetreten. Die Haare sind teilweise ausgefallen. Insgesamt 11 Injektionen mit 1905 Millionen.

Fall 12. H. L. 5. I. 1918. Erkrankt seit Anfang Dezember, Sykosis. Zahlreiche kirschgroße Knoten am Kinn. 1. Leukogeninjektion, 25 Mill.

19. I. 5. Injektion, 250 Mill. Langsame Rückbildung.

1. II. 9. Injektion, 600 Mill.

14. II. 11. Injektion, 200 Mill. Die Erkrankung ist sehr gebessert, aber noch nicht völlig geheilt. Die Behandlung geht weiter.

Zusammenfassung: Bei 12 Fällen von Sycosis parasit. profunda, deren Entstehen aus Herpes tonsurans superficialis in den meisten Fällen ärztlich beobachtet wurde, konnte in relativ kurzer Zeit durch Leukogeninjektionen ohne sonstige wtrksame Behandlung vollständige, nahezu reaktionslose Heilung erzielt werden. Es waren durchschnittlich 10 Injektionen mit 2000 Mill. Staphylokokken zur Heilung erforderlich.

Gleichfalls augenscheinlich, wenn auch weniger verblüffend, war der Erfolg bei einer zweiten Gruppe Patienten, welche an Trychophytia infiltrans erkrankt war (8 Patienten).

Fall 13. Sch. K. 13. X. 1917. Am Halse links ein fünfmarkstückgroßer Ring, rechts und in der Mitte kleinere Kreise und leicht infiltrierte Herde, bestehend seit

[1]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

drei Wochen. Seit 14 Tagen eine Tonsurans-Scheibe und -Ring auf dem linken Handrücken. Magengeschwür, an dem Patient seit 5 Wochen mit Liegekur behandelt wird.
1. Leukogeninjektion, 25 Mill. muskulär.
26. X. 1917. Die Ringe sind verschwunden, dagegen besteht starke Schuppung, teilweise krausenförmige schuppende Effloreszenzen. Auch auf der Hand Rückbildung.
5. Leukogeninjektion, 200 Mill.
2. XI. Überall sehr starke Schuppung. Auf dem linken Mittelfinger ein neuer zehnpfennigstückgroßer Herd, zentral etwas abgeflacht, mit herpetischem Rande.
7. Injektion, 600 Mill.
7. XI. 8. Injektion, 800 Mill.
12. XI. 9. Injektion, 1000 Mill. Schuppung geringer.
19. XI. 10. Injektion, 1000 Mill.
26. XI. Noch geringe Schuppung am Halse, an den Händen oberflächliches kutanes Infiltrat.
3. XII. Auf der rechten Wange einige kleine linsengroße, schuppende, neue Herde. Leichte Naphtholschwefelsalbe.
10. XII. In Heilung.
4. II. 1918[1]). Restlos geheilt. Insgesamt 10 Injektionen mit 4300 Mill.

Fall 14. F. H. Herpes tonsurans seit 4 Wochen mit landkartenförmigen Scheiben und Ringen, teilweise oberflächlich infiltriert; an Hals und Wange neue Herde.
Diagnose: Trichophytia infiltrans.
28. X. 1917. 1. Injektion, 25 Mill. intramuskulär.
21. XI. 4. Injektion, 400 Mill.
Patient hält sich für geheilt und kommt nicht mehr.
3. I. 1918. Neue Aussaat von Herpes tonsurans; 5. Injektion, 50 Mill.
15. I. 7. Injektion, Patient ungeheilt, bleibt weg.

Fall 15. B. F. 29. X. 1917. Diffuses Infiltrat von Trichophytia infiltr. an Wange und Ohr seit 4 Wochen. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill. intramuskulär.
6. XI. 4. Injektion, 75 Mill., Rückbildung und Schuppung.
24. XI. 8. Injektion, 400 Mill., Bronchitis.
10. I. 12. Injektion, nahezu geheilt. Aber noch leichtes kutanes Infiltrat vor dem Ohre. Patient, der unregelmäßig erschien, erhielt 12 Injektionen mit 2300 Mill.

Fall 16. A. F. 10 XI. 1917. Herpes tonsurans superfic. am Halse. Jodtinktur. Am Vorderarm kutane Ritzungen, mit Leukogen (100 Mill.) bestrichen: es trat leichte Rötung und strichförmige Schwellung des Ritzes ein. Kontrolle absolut reaktionslos.
23. XII. Oberflächliche Infiltrierung. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill., subkutan.
7. I. 1918. 6. Leukogeninjektion, 200 Mill., subkutan.
12. I. Nur langsame Rückbildung, Schuppung. 7. Injektion, 250. Mill. intramuskulär; lokal: Chrysarobinsalbe.
26. I. 10. Leukogeninjektion, 400 Mill.
5. II. Geheilt mit insgesamt 10 Injektionen mit 750 Mill., wovon die ersten 6 Injektionen subkutan verabreicht wurden.
20. II. Nachträglich Rezidiv von Herpes tonsurans sowohl an Stelle des früheren Herdes als in der Nachbarschaft.

Fall 17. K. E. 19. XI. 1917. Drei Herpes tonsurans-Ringe am Halse. Jodtinktur, Salben.
2. I. 1918. Noch nicht abgeheilt, sondern infiltrierend und peripher zunehmend. 1. Leukogeninjektion, 50 Mill. subkutan. Es entsteht ein lokales, talergroßes, gerötetes Infiltrat. Kontrolle (Phenol-Kochsalzlösung) absolut reaktionslos.
11. I. 4. Injektion, 150 Mill. subkutan, Herd im Gesicht schreitet nach Wange und Augenlid weiter mit erysipeloidem Rande. Ichthyolsalbe.
14. I. 5. Injektion, 200 Mill., davon 50 Mill. (0,1 ccm) intrakutan. Es entsteht daselbst ein haselnußgroßes, gerötetes Infiltrat.
18. I. 6. Injektion, 250 Mill. subkutan; Rötung im Gesicht geschwunden.
22. I. Langsame Heilung. 7. Injektion, 300 Mill. intramuskulär.
7. II. 11. Injektion, 500 Mill. intramuskulär.
Während Hals und eine Wange völlig abgeheilt, bleibt an der linken Unterkiefer-

[1]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

gegend ein etwa markstückgroßer infiltrierter und ulzerierter Herd zurück. Patient entzieht sich der weiteren Beobachtung. Es war dies der am wenigsten zu beeinflussende Fall. Dabei ist beachtenswert, daß bei jeder subkutanen Injektion eine lokale Reaktion in einer Intensität auftrat, wie sie bei keinem anderen Patienten beobachtet wurde. Insgesamt 11 Injektionen (worunter 6 subkutane) mit 2825 Millionen.

Fall 18. Sch. L. 27. XII. 1917. Herpes tonsurans an der linken Wange; Jodtinktur.

14. I. 1918. Nach scheinbarer Heilung zeigen sich im Zentrum der Effloreszenz leicht hervortretende oberflächliche kleinpapilläre Infiltrate: Trichophytia infiltrans. 1. Leukogeninjektion, 30 Mill. subkutan.

4. II. 6. Leukogeninjektion, 250 Mill. subkutan. Geheilt. Insgesamt 6 Injektionen mit 800 Mill. Bei sämtlichen subkutanen Injektionen war keine oder nur ganz geringe lokale Reaktion aufgetreten.

Fall 20. Dr. F. 20. I. 1918. Bartflechte seit Anfang Dezember 1917, bisher Jodtinktur, Salben usw.

Status: Die ganze untere Gesichtshälfte ist entzündet, gerötet, mit Borken bedeckt, oberflächlich infiltriert.

Diagnose: Trichophytia infiltrans. 1. Leukogeninjektion, 50 Mill.

2. II. Gebessert, 6. Injektion, 300 Mill.

18. II. 9. Injektion, 500 Mill. Bisher insgesamt 2500 Mill.; Infiltrat teilweise geschwunden. Am Kinn noch borkige, teilweise nässende ekzematöse Herde. Langsame Heilung, Behandlung geht weiter.

Zusammenfassung: Unter 8 Fällen von Trichophytia infiltrans wurden 4 geheilt, einer nahezu geheilt (Fall 15); 1 Fall steht nach 9 Injektionen gebessert noch in Behandlung, 2 Fälle (14 und 16) entzogen sich nach 8 bzw. 11 Injektionen ungeheilt der weiteren Beobachtung; 1 Fall, der geheilt schien, rezidivierte nach 14 Tagen. Das Gesamtresultat der Leukogenbehandlung ist also auch bei dieser Gruppe als befriedigend zu bezeichnen, wenn es auch hinter den Erfolgen bei Sycosis profunda deutlich zurücksteht.

(Schluß folgt.)

Aus dem k. u. k. dermatologischen Zentralspital in Szeged
(Spitalskommandant: k. u. k. Stabsarzt Dr. Forbát).

Über die Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung mit subskrotalen Injektionen.

Von

Dr. Ignatz Saudek, Chefarzt der III. urologischen Abteilung.

Die Behandlung der gonorrhoischen Komplikationen, insbesondere der Nebenhodenentzündungen hat in den letzten Jahren durch Einführung neuer Methoden und neuerliche Erprobung älterer Verfahren eine wesentliche Bereicherung erfahren. Hat doch auf diesem Gebiete die spezifische Vakzinetherapie, ebenso wie die intramuskulären Milchinjektionen nach Müller-Weiss, die schönsten Erfolge zu verzeichnen. Auch die Anwendung physikalischer Maßnahmen, insbesondere von Wärmeapplikation ist bei der gonorrhoischen Hodenentzündung in verschiedenen Modifikationen versucht worden. Auch ich habe in meinem früheren Wirkungsorte, im Reservespitale Nr. 1 in Brünn, bei etwa 130 Fällen

Digitized by Google

akuter Hodenentzündung das Diathermieverfahren erprobt und konnte eine sehr günstige Wirkung auf die Resorption der entzündlichen Infiltrate beobachten.

Die Bestrebungen der Therapie bei akuter Hodenentzündung haben ihre naturgemäß vorgezeichneten Ziele. Es gibt vor allem die bedeutenden Beschwerden, insbesondere den Schmerz der ersten Entzündungsperiode zu lindern, ferner den Gesamtverlauf der Krankheit zu verkürzen und endlich eine tunlichste Aufsaugung der entzündlichen Infiltrate, womöglich zur Norm anzustreben.

Eine in der Wiener klinischen Wochenschrift, Jahrgang 1917, Nr. 26, veröffentlichte Arbeit von Dr. Rudolf Müller über die Verwendung von Eigenserum in der Nachbarschaft entzündlicher Prozesse gab mir die Anregung, diese Methode auch bei den gonorrhoischen Nebenhodenentzündungen zu versuchen. Es schien mir dies um so plausibler, als gerade bei diesen Entzündungsprozessen die Möglichkeit vorliegt, ein Flüssigkeitsdepot in die Nachbarschaft des Krankheitsherdes zu setzen und den Erfolg an den sinnfälligen Veränderungen zu konstatieren. Die Methode wurde in folgender Weise angewendet:

Dem Kranken wurde gleich im akuten Stadium etwa 20 ccm Blut aus der Armvene entnommen, das Blut zentrifugiert und das gewonnene Serum in ungefähren Mengen von 5—8 ccm möglichst tief subskrotal außerhalb der Tunica vaginalis in die unmittelbare Nähe des Entzündungsherdes eingespritzt. Die Injektionen hatten bei keinem Patienten irgend welche allgemeine örtliche Störungen zur Folge und waren von keiner Fieberreaktion begleitet; hingegen zeigte sich sehr bald ein günstiger Einfluß auf den Entzündungsherd im Sinne einer ausgesprochenen Schmerzlinderung und eines erheblichen Nachlassens der örtlichen Beschwerden. Die Patienten gaben übereinstimmend an, daß sie sich sehr bald nach erfolgter Injektion viel wohler fühlten und baten in vielen Fällen um eine neuerliche Seruminjektion. Im allgemeinen wurden die subskrotalen Einspritzungen — in dreitägigen Pausen — fünfmal und auch häufiger wiederholt. Jedoch nicht nur die subjektiven Angaben der Patienten, sondern auch die objektiven Befunde zeigten ein rascheres und gründlicheres Verschwinden der entzündlichen Infiltrate als wie bei rein exspektativer Therapie. Hierzu sollen einige beispielsweise im Auszuge angeführten Krankheitsgeschichten die Belege bringen. Ich hatte den sicheren Eindruck, daß nicht nur die Schmerzhaftigkeit nach einer oder zwei Injektionen sistierte, sondern das auch der ganze Krankheitsverlauf sich günstiger gestaltete, und daß die Resorption der Infiltrate rasch und gründlich vor sich ging. Somit wären die Angaben Müllers über die schmerzlindernde und resorptionsbefördernde Wirkung des Eigenserums in der Nachbarschaft entzündlicher Prozesse auch durch meine Erfahrungen bei Hodenentzündungen bestätigt.

In praktischer Hinsicht erschwert freilich die allgemeine Verwendbarkeit dieser Methode die Umständlichkeit der wiederholten Blutentnahme und Serumgewinnung durch Zentrifugieren, was insbesondere in der Privatpraxis ins Gewicht fällt, während auf der Klinik diesem Umstande keine so besondere Rolle zuzusprechen wäre. Wenn wir von den im Blute Gonorrhoekranker nachgewiesenen Antistoffen ausgehen, so

Digitized by Google

können wir zu der Auffassung hinneigen, daß sie in dem aus den extravasalen Blute stammenden Eigenserum in einer wirkungsvolleren aktivierten Form auftreten und, in die Nachbarschaft gonorrhoischer Entzündungsherde gebracht, daselbst unmittelbar ihre Wirkung entfalten. In ähnlichem Sinne deutet auch MÜLLER die Wirkung seiner Eigenserumtherapie, wobei er jedoch dem auf das injizierte Serum in dem gespannten Gewebe ausgeübten Drucke einen mitbestimmenden Einfluß auf die immunisatorische Fähigkeit des Serums beimißt. Jedoch auch Einflüsse rein physikalisch-chemischer Natur lassen sich bei dieser Behandlungsart nicht ausschließen.

Ich habe die Therapie an etwa 100 akuten gonorrhoischen Epididymitiden versucht und habe, wie erwähnt, den Eindruck eines prompt günstig einwirkenden Eingriffes gewonnen. Folgende Krankheitsgeschichten mögen das Gesagte beleuchten.

1) 10. VII. N. F., seit 4 Tagen Nebenhodenentzündung. Rechter Nebenhoden im unteren Pol taubeneigroß, derb, sehr schmerzhaft, druckempfindlich. 3 ccm Eigenserum über dem unteren Pol injiziert.
11. VII. Fühlt sich bedeutend wohler, Nachmittag 5 ccm Eigenserum.
12. VII. Schmerzlos, entzündliche Geschwulst zurückgegangen.
14. VII. Nachmittag 4 Uhr 4 ccm Eigenserum.
15. VII. Infiltrat sehr zurückgegangen.
17. VII. Nachmittag 5 Uhr 4 ccm Eigenserum.
18. VII. Kaum haselnußgroß.
20. VII. Nur noch etwas derb und nicht druckempfindlich, 7 ccm Eigenserum-Injektion.
22. VII. Normal. Geheilt entlassen.

2) 11. VII. T. B., Hodenentzündung seit 1 Woche; etwas schmerzhaft, rechter Hoden über hühnereigroß, hart, derb, mäßig druckempfindlich, Eigenserum 5 ccm.
12. VII. Fühlt sich wohler.
18. VII. Geschwulst sehr zurückgegangen, 4 ccm Eigenserum injiziert.
21. VII. Schmerzlos, haselnußgroß, 5 ccm Eigenserum.
25. VII. Nur mehr ein kirschkerngroßes Knötchen im unteren Pol, 5 ccm Eigenserum.
27. VII. Bis auf ganz kleine Verdickungen im unteren Pol normal.

3) 15. VII. G. F., seit 5 Tagen Hodenentzündung. Rechter unterer Pol auf das dreifache verdickt, etwas schmerzhaft und druckempfindlich, 7 ccm Eigenserum.
16. VII. Schmerzlos, Geschwulst stark zurückgegangen.
18. VII. Fast normal, 5 ccm injiziert.
30. VII. $7^1/_2$ ccm Eigenserum.
5. VIII. Nur mehr bei starkem Zudrücken eine ganz geringe Resistenz am unteren Pol fühlbar.
10. VIII. Normal.

4) 14. VII. R. A., seit 14 Tagen Hodenentzündung. Rechter unterer Pol taubeneigroß, etwas druckempfindlich, 3 ccm Eigenserum.
15. VII. Schmerzlos.
17. VII. 6 ccm Eigenserum.
18. VII. Wesentlich zurückgegangen.
20. VII. Der untere Pol nicht ganz walnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
21. VII. Haselnußgroß.
23. VII. Unterer Pol kirschkerngroß, 6 ccm Eigenserum.
27. VII. 6 ccm Eigenserum.
30. VII. Normal. Geheilt.

5) 16. VII. S. Z., seit 6 Tagen linker Nebenhoden gänseeigroß, schmerzhaft, druckempfindlich, 6 ccm Eigenserum.
17. VII. Fast schmerzlos, kleiner.

Digitized by Google

22. VII. Linker Hoden hühnereigroß, nicht druckempfindlich, $4^1/_2$ ccm Eigenserum.
29. VII. Linker Hoden viel kleiner, 5 ccm Eigenserum.
3. VIII. Unterer Pol haselnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
4. VIII. Fast normal.
10. VIII. Im unteren Pol nur ganz leichte Verdickung.

6) 12. VII. B., seit 6 Tagen rechter Hoden im unteren Pol walnußgroß, druckempfindlich, 4 ccm Eigenserum.
13. VII. Schmerzlos, weicher.
18. VII. 4 ccm Eigenserum.
21. VII. Unterer Pol haselnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
24. VII. Wesentlich kleiner, 5 ccm Eigenserum.
28. VII. Fast normal.

7) 23. VII. J. G., seit 7 Tagen rechter Hoden gänseeigroß, unterer Pol taubeneigroß, stark druckempfindlich, 7 ccm Eigenserum.
27. VII. Rechter Nebenhoden hühnereigroß, schmerzlos, 6 ccm Eigenserum.
29. VII. Geschwulst zurückgegangen.
3. VIII. 5 ccm Eigenserum.
5. VIII. Wesentlich kleiner, nur noch im unteren Pol verdickt.
8. VIII. Im unteren Pol kirschkerngroße Verdickung, sonst normal, 6 ccm Eigenserum.
16. VIII. Fast vollständig normal.

8) 27. VII. E. Z. J., seit 14 Tagen rechter Nebenhoden hühnereigroß, straff gespannt, sehr schmerzhaft, 3 ccm Eigenserum.
28. VII. Geringere Schmerzhaftigkeit.
3. VIII. $5^1/_2$ ccm Eigenserum.
4. VIII. Nicht schmerzhaft, der untere Pol walnußgroß, derb, verdickt.
9. VIII. Unterer Pol kirschkerngroß, $7^1/_2$ ccm Eigenserum.
12. VIII. Unterer Pol klein, derb, nicht druckempfindlich, 8 ccm Eigenserum.
14. VIII. Fast normal.
20. VIII. Geheilt entlassen.

9) 4. VIII. S. Z., seit 4 Tagen Hodenentzündung. Linker Nebenhoden über hühnereigroß, derb, etwas druckempfindlich, 5 ccm Eigenserum.
5. VIII. Nicht druckempfindlich, Geschwulst sehr zurückgegangen.
8. VIII. Unterer Pol nicht verdickt, nicht druckempfindlich, 3 ccm Eigenserum.
12. VIII. Bis auf kirschkerngroße Verdickung im oberen Pol normal, 5 ccm Eigenserum.
14. VIII. Fast normal, 7 ccm Eigenserum.
16. VIII. Normal.

10) 9. VIII. T. D., seit 2 Tagen linker Nebenhoden über hühnereigroß, unterer Pol taubeneigroß, sehr druckempfindlich. Nachmittag 5 Uhr 4 ccm Eigenserum.
10. VIII. Fühlt sich wohler.
13. VIII. Sehr gebessert, schmerzlos, unterer Pol walnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
14. VIII. Kleiner, nicht druckempfindlich.
16. VIII. Unterer Pol walnußgroß, 6 ccm Eigenserum.
21. VIII. Haselnußgroß, 6 ccm Eigenserum.
26. VIII. Nur noch leicht verdickt.
30. VIII. Geheilt.

Es lag nun der Gedanke nahe, versuchsweise auch andere Flüssigkeiten subskrotal anzuwenden, vor allem Normalserum. Doch bot sich hier, da ich eine Abteilung vorwiegend mit Gonorrhoikern führte, keine Möglichkeit. Ich machte nun den Versuch, physiologische Kochsalzlösung bei akuter Hodenentzündung in gleicher Weise wie das Eigenserum anzuwenden. Von dieser, ohne weiteres zu beschaffenden Injektionsflüssigkeit habe ich gleich 20 ccm injiziert und bin sehr bald zu 40, 50 bis 60 ccm aufgestiegen. Ich verteilte die sterilisierte Kochsalz-

Digitized by Google

lösung möglichst gleichmäßig über dem Entzündungsherde, wobei ich natürlich auch ein mehrfaches, fast schmerzloses Einstechen in die mit Jodtinktur bestrichene Skrotalhaut nicht scheute.

Zu meiner Überraschung war der Erfolg dieser Injektion in bezug auf Schmerzlinderung ein außerordentlich günstiger. Wenige Minuten nachdem ich den entzündeten Nebenhoden in ein künstliches, zwischen Skrotalhaut und Tunica vaginalis externa geschaffenes Ödem eingehüllt hatte, trat vollständige und andauernde Schmerzlosigkeit auch in dem Falle ein, wo der Patient vorher über die heftigsten Schmerzen geklagt hatte. Manche Kranken erklärte geradezu, daß der Schmerz wie weggeblasen sei. Einige, welche sich mit dem Ausdrucke stark physischer Leiden zum Untersuchungstische geschleppt haben, konnte ich wenige Minuten nach der Injektion im Zimmer ohne Suspensorium herumlaufen lassen, ohne daß die Patienten laut ihren Angaben Schmerz verspürt hätten. Das subjektive Wohlbefinden und die Schmerzlosigkeit dauerte in der Mehrzahl der Fälle schon nach der ersten Injektion beständig an und nur in der Minderzahl hatte ich die Injektion der Kochsalzlösung nach 2—3 Tagen zu wiederholen. Die mit subskrotaler Kochsalzlösung behandelten Kranken haben also ihre Nebenhodenentzündung nahezu schmerzlos durchgemacht.

Es war nun wichtig, zu verfolgen, ob die Injektion nicht irgendwie den Krankheitsverlauf selbst im Sinne einer Verzögerung oder Beschleunigung, respektive einer besseren oder schlechteren Aufsaugung der entzündlichen Infiltrate beeinflußt. Wäre es ja möglich gewesen, daß das Ödem durch Druckanämie sich ungünstig geltend machte. Diese Besorgnis ist aber jedenfalls durch den Verlauf der Fälle widerlegt worden.

In den meisten Fällen war das subskrotale Ödem in ein oder zwei Tagen verschwunden, und nur selten brauchte es zu seiner Resorption eine etwas längere Zeit. Hingegen waren die Infiltrate entsprechend dem verstrichenen Zeitraume in normaler Weise zurückgegangen. Ich habe eher den Eindruck, daß die Resorption der entzündlichen Infiltrate durch die subskrotalen Injektionen beschleunigt werde. Dies erkläre ich mir in der Weise, daß die angeregte Resorption des künstlichen Ödems auch in gleichem Sinne die Resorption der entzündlichen Infiltrate im Nebenhoden beeinflußte. Jedoch ist dieser Einfluß als geringer anzunehmen als die resorptionsfördernde Einwirkung des Eigenserums.

War schon der therapeutische Einfluß der Eigenserum-Injektionen nicht leicht zu deuten, so begegnet die Erklärung der auffälligen Schmerzlinderung durch Kochsalzlösung noch größeren Schwierigkeiten. Der erste Gedanke ist natürlich nach der Richtung der Schleichschen Infiltrations-Anästhesie orientiert, jedoch bleibt die Erklärungsschwierigkeit bestehen, wieso die bloß subskrotale Injektion das eigentlich entzündete und schmerzhafte Organ so prompt anästhesiert. Ohne hiermit eine Erklärung zu geben, verweise ich nur auf die Analogie in der schmerzlindernden Wirkung der entzündlichen Ödeme bei anderen Entzündungsprozessen. Der populärste Fall ist wohl das Aufhören der heftigen Schmerzen bei einer Zahnperiostitis, sobald das entzündliche Ödem in Form der geschwollenen Backe auftritt.

Ich habe ungefähr 35 Fälle von akuten Nebenhodenentzündungen

Digitized by Google

mit subskrotalen Kochsalzinjektionen behandelt und durchweg das Auftreten einer anhaltenden Schmerzlosigkeit gleich nach der Injektion beobachtet. Die gleiche Anästhesie konnte ich auch in vier Fällen einer akuten gonorrhoischen Gelenksentzündung, und zwar zweimal bei Kniegelenksentzündung, je einmal bei Entzündung des Hand- und Fußgelenkes nach periartikulärer Kochsalzinjektion beobachten. Auch hier ließen die spontanen Schmerzen im Gelenke sehr bald nach und auch die vorher gehemmte Beweglichkeit im Gelenke wurde freier und schmerzloser. Ich habe in diesen Fällen die Kochsalzinjektionen 3—4mal mit zweitägigen Pausen wiederholt und jedesmal einen erheblichen Rückgang der Schmerzremissionen erzielt.

Im Anschlusse an diese vorwiegend schmerzstillende Therapie versuchte ich subskrotale Injektionen von Jodsalzlösungen zum Zwecke einer intensiveren Aufsaugung der zurückgebliebenen Nebenhodeninfiltrate. Hierbei ging ich von der Annahme aus, daß Jodsalzlösungen, wie sie ja als Resorbens seit langer Zeit äußerlich auf die Skrotalhaut zu gleichem Zwecke angewendet werden, viel stärker wirken müßten, wenn sie unter die Haut in unmittelbare Nachbarschaft des Krankheitsherdes gebracht würden. Bei der großen Diffundibilität der Jodsalze nahm ich an, daß sie auf diese Weise in größeren Mengen durch den Lymphstrom in den erkrankten Nebenhoden gelangen und dort ihre resorptive Kraft in stärkerem Maße entfalten würden, als wenn sie durch die Barriere der verdickten, mit einer Muskelschicht versehenen Skrotalhaut einwirken würden. Von diesem Gesichtspunkte aus habe ich in 46 Fällen vorwiegend frischer Hodenentzündungen nach Ablauf der ersten Entzündungserscheinungen, während welcher Eigenserum oder Kochsalzlösung in Anwendung kam, Jodkalilösungen von 1, 2 und 5%iger Konzentration in der Menge von 5—10 ccm subskrotal injiziert, in einigen Fällen Jodjodkaliumlösungen in der bekannten Lugolschen Zusammensetzung. Von letzterer Lösung bin ich jedoch sehr bald abgekommen, weil sie heftigen Schmerz, Reizerscheinungen und auch Hautinfiltrate verursachte. Hingegen wurden Jodkalilösungen gut vertragen und nur die 5%ige löste wohl wegen ihrer Hypertonie einen etwa $^1/_4$ Stunde währenden Schmerz aus, während die 1%ige vollständig schmerzlos vertragen wurde.

Der Erfolg dieser, in dreitägigen Pausen vorgenommenen Einspritzungen ist nun darum recht schwer zu beurteilen, weil der beobachtete Rückgang der Infiltrate manchmal wohl sehr auffällig war, in anderen Fällen aber hinter den Erwartungen zurückblieb. Dennoch hatte ich bei den beobachteten Fällen den Eindruck, daß die subskrotal injizierten Jodkaliinjektionen einen gewissen resorptiven Einfluß ausgeübt haben. Schon nachdem diese in größerem Umfange ausgeführt waren, wurde mir von kollegialer Seite eingewendet, daß die supponierte Resorption auf dem Wege der Lymphbahn in den erkrankten Nebenhoden nicht ohne weiteres als feststehend anzunehmen sei. Zur Aufklärung der Sachlage wurde folgendes Experiment ausgeführt. Es wurde einem Meerschweinchen subskrotal 1 ccm Indigokarminlösung injiziert und nach 20 Minuten der Hoden entfernt. Dabei zeigte sich, daß das subskrotale Bindegewebe ebenso wie die Tunica vaginalis intensiv blau gefärbt war, während Hoden und Nebenhoden farblos geblieben waren. Der Versuch

Digitized by Google

würde gegen die unmittelbare Resorption aus dem subskrotalen Bindegewebe in das Nebenhodenparenchym sprechen, wenn man diese Injektion einer Farbstofflösung in Analogie setzt mit einer subskrotalen Kochsalzlösung bei erkranktem Nebenhoden. Doch wäre darauf hinzuweisen, daß in letzterem Falle der entzündete Nebenhoden mit der prallgespannten Tunica vaginalis ja häufig selbst mit der Skrotalhaut verlötet erscheint, wodurch für die leicht diffundibeln Jodsalzverbindungen günstige örtliche Verhältnisse in bezug auf die Lymphresorption geschaffen werden. Überdies erzeugt auch die subskrotal deponierte Jodlösung, insbesondere in höheren Konzentrationen eine konsekutive Hyperämie, eventuell auch Exsudation, von welcher anzunehmen ist, daß sie auf die in unmittelbare Nachbarschaft gelegenen Entzündungsherde des Nebenhodens resorbierend einzuwirken vermag.

Zusammenfassung:

1. Die von R. Müller angegebene Injektion von Eigenserum in die Nachbarschaft von Entzündungsherden hat sich auch bei Nebenhodenentzündungen als schmerzstillend und resorptionsbefördernd erwiesen.

2. Subskrotale und periartikuläre Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung in Mengen von 40—50 ccm wirken prompt im Sinne einer andauernden Schmerzbehebung.

3. Subskrotalen 1, 2 und 5%igen Jodkalilösungen kommt eine gewisse resorptionsfördernde Fähigkeit auf entzündliche Infiltrate zu.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Eigenserum und Aderlaß — Lehre und Anwendung, von Bodo Spiethoff-Jena. (M. Kl., 1916, Nr. 47–48.) Nach einer kurzen, historischen Einleitung gibt der Verfasser gleich die allgemeinen Richtlinien für die Behandlung mittels einfachen Aderlasses, Eigenserum und Eigenblut. Er erkennt auch dem ersten, bei dem er Mengen von etwa 50 ccm Blut entnimmt, für gewisse Fälle einen Heilwert, bisweilen sogar einen bedeutenderen als der Serumbehandlung zu. Beim Eigenserumverfahren unterscheidet Spiethoff zwei Methoden: a) man spritzt einem Erwachsenen (Kindern entsprechend seltener und weniger) einen Tag um den anderen die Serummenge venös ein, die sich aus 50—100 ccm Blut gewinnen läßt, bis bei sichtbarem Erfolge der Eingriff nur noch zweimal wöchentlich nötig ist; b) man entnimmt (nach Königsfeld) 50 ccm Blut und spritzt täglich nur 5 ccm Serum venös ein. Beim venösen Eigenblutverfahren verwendete der Verfasser anfänglich bei jeder Sitzung 20 ccm und zwar jeden zweiten Tag; später steigerte er die Einzeldosis je nach der Krankheit, der Reaktion und dem Erfolge auf 120—200 ccm und zwar jeden dritten Tag bis täglich oder zweimal täglich; jedoch liegen über diese Methode noch keine abschließenden Erfahrungen vor. Im allgemeinen wertet Spiethoff das Eigenblutverfahren geringer als den Aderlaß oder das Eigenserumverfahren, obwohl er ihm bisweilen Erfolge zu danken hatte in Fällen, in denen das Eigenserum versagt hatte, und obwohl er selbst bei wochenlang fortgesetzten Eigenblutverfahren nie Schädigungen gesehen hat. Besonders stellt er die Emboliegefahr in Abrede und verwendet auch jetzt statt der früher gebrauchten, engen Kanülen, die eventuelle Gerinnsel nicht durchlassen sollten, weitere, mit denen die Injektion schneller vonstatten geht. Ob man mit der Behandlungsmethode wechseln oder aufhören soll, entscheidet man außer nach dem klinischen Verlaufe der Krankheit am besten durch häufig wiederholte Blutuntersuchungen. Über die Technik der einzelnen Verfahren, vgl. Original. Was den klinischen Teil der Abhandlungen anlangt, so würde es zu weit

Digitized by Google

führen, die Mitteilungen des Verfassers über die Erfolge der einzelnen Methoden anzuführen. Von den nichtinfektiösen Hautkrankheiten hat er Urtikaria, Prurigo, Pruritus, Ekzeme, Psoriasis, Lichen ruber planus, Pemphigus usw. erfolgreich behandelt. Von den mit Eigenstoff behandelten Ansteckungskrankheiten illustrieren Abbildungen von Impetigo contagiosa, Trichophytia profunda und ulzeröser Lues die Wirkung der Behandlung, mit der Spiethoff auch bei Erysipel (schneller Abfall der Fieberkurve), Erythema nodosum, Lupus usw. sehr Günstiges erreicht hat. Auch die blennorrhoischen Komplikationen (akute Epididymitis und Prostatitis) bilden ein dankbares Anwendungsgebiet für Aderlaß- und Eigenserumbehandlung, die nach Meinung des Verfassers der Behandlung mit spezifischer oder unspezifischer Vakzine mindestens gleichzustellen ist. Für die ausführlichen Mitteilungen über die Gestaltung des Blutbildes muß ebenfalls auf das Original verwiesen werden. Zum Schlusse bringt der Verfasser noch die Erklärungsversuche für die Wirkung seiner Methoden, ohne aber bisher zu einem abschließenden Urteil gelangen zu können. O. Lasch-Breslau.

Salvarsanausscheidung im Urin als Wertmesser konzentrierter Injektionen und großer Infusionen, von Engwer. (D. m. W., 1916, Nr. 39.) Stern, der aus praktischen Gründen die Verabreichung des Salvarsans in Form konzentrierter Neosalvarsanlösungen empfiehlt, glaubt auch, daß die therapeutische Wirksamkeit der konzentrierten Lösungen eine viel größere sei, da das Salvarsan länger im Organismus verweile. Während Riebes nach großen Infusionen bei 65 Patienten nur viermal nach zwölf Stunden positive Salvarsanreaktion (Abelinsche Reaktion), meist aber schon nach sechs Stunden negative Resultate im Urin fand, konnte Stern nach den Injektionen konzentrierter Lösungen noch nach 48 Stunden in 10% der Fälle im Urin positive Reaktion konstatieren. Auch Engwer hat in einer Zahl von Fällen noch nach 48 Stunden positive Urinreaktion erhalten. Stern erklärt die bedeutenden Differenzen durch die gesteigerte Darmtätigkeit und Diurese, läßt aber den Faktor, wie die Darmtätigkeit an der Salvarsanausscheidung sich quantitativ und zeitlich zu der Urinabsonderung verhält, unberücksichtigt. Engwer hat bei sechs Patienten, denen er große Infusionen applizierte, die Darmtätigkeit durch Opium zum Teil ausgeschaltet. Unter diesen Umständen fand er noch nach 48 Stunden in den Urinen positive Reaktion. Ihm scheint es daher nicht zulässig, für die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit der verschiedenen Methoden die Resultate der Urinuntersuchung allein zu verwerten, vielmehr müßte für solche Zwecke das gesamte Verhalten des Salvarsans im Organismus und sämtliche Ausscheidungsbedingungen in Betracht gezogen werden.

E. Brinitzer-Altona.

Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle der Schwangeren, von W. Wechselmann-Berlin. (M. m. W., 1917, Nr. 11.) Die von Ehrlich aufgestellten Kontraindikationen der Salvarsananwendung: Arteriosklerose, Hirnkrankheiten, Nephritis, Myokarditis, treffen nicht zu; derartige Kranke vertragen Salvarsan bei vorsichtiger Anwendung; dagegen ist die größte Vorsicht geboten bei Menschen mit Status thymicolymphaticus, vaskulärer Nephritis, schweren Tuberkulosen, besonders latenter Meningealtuberkulose, Leberinsuffizienzen. Zu dieser Gruppe Gefährdeter sind auch die Schwangeren zu rechnen. Die Niere der Schwangeren ist besonders zu Ende der Schwangerschaft an die Grenze der Leistungsfähigkeit herangerückt. Es darf deshalb Salvarsan bei Schwangeren nur nach sorgfältiger Nierenfunktionsprüfung gegeben werden, und nur in Dosen von 0,1—0,15 Salvarsan. Wechselmann will die Salvarsanvergiftung nicht als Arsenvergiftung aufgefaßt wissen, sondern sieht in ihr einen der Eklampsie ähnlichen Vorgang. Ist doch auch tatsächlich eine Differentialdiagnose zwischen Salvarsanvergiftung bei Schwangeren und Eklampsie nicht zu stellen; ebensowenig ist pathologisch-anatomisch eine Unterscheidung zwischen dem Hirnbefund bei Eklampsie und Encephalitis haemorrhagica bei Salvarsantodesfällen möglich. Nebenbei sei bemerkt, daß auch die Glomerulonephritis der Kriegsteilnehmer und deren Folgeerscheinungen eine eingehende Beachtung bei der Salvarsantherapie erfordern.

A. Witte-Bremen.

Ein Salvarsantodesfall, von Manack A. Wadin-Indien. (Brit. m. J., 6. Jan. 1917.) Ein 23jähriger Sepoy wurde wegen sekundärer Syphilis mit einer intravenösen Injektion von 50 cg Salvarsan behandelt. (Es wurde keine einleitende Quecksilberbehandlung instituiert, auch keine kleinen vorausgehenden Salvarsandosen gegeben. Der Ref.) Nach neun Tagen starb der Patient; er war stark ikterisch und hatte Albuminurie. Die Leberdämpfung war vergrößert. Leuzin und Tyresin wurden im Harn nicht nachgewiesen. Autopsie wurde verweigert. H. Boas-Kopenhagen.

Digitized by Google

Eigentümliche Folgen einer intramuskulären Salvarsaninjektion, von R. Polland-Graz. (W. kl. W., 1916, Nr. 42). Bei einer Frau, die schon wiederholt Salvarsaninjektionen unterworfen worden war, trat nach einer intramuskulären Injektion in den Glutäus eine Nekrose ein, die bei völligem Fehlen entzündlicher Reaktionserscheinungen und Eiterbildung eine Entwicklung nahm wie eine Mastdarmfistel.
H. Vörner-Leipzig.

Noch einmal über den sogenannten Wasserschaden in der Salvarsanbehandlung, von G. Noël-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 19.) Nach den vom Verfasser angelegten Versuchsreihen ergibt sich, daß Fieber in allen Stadien der Lues und auch in allen Perioden der Latenz gelegentlich bei völlig gleichbleibender gewissenhafter Vorbereitung und Verwendung der gleichen Infusionsmethode zustande kommt. Hiernach kann der sogenannte Wasserfehler nicht die Ursache des Fiebers bilden.
H. Vörner-Leipzig.

Intravenöse Injektionen von konzentrierten Salvarsanlösungen, von B. Pontoppidan. (Ugeskrift f. Laeger, 1917, Nr. 22.) Der Verfasser empfiehlt die Fahdesche Methode, die wie die konzentrierten Neosalvarsaninjektionen gemacht werden, nämlich Lösung in 20 ccm heißem destilliertem Wasser, Sättigung durch 15% Natronlauge, Injektion in eine Kubitalvene mittels Spritze. W. Holland-Kristiania.

Über den Enesolersatz Arsenohyrgol, von K. Skutezky-Seefeld. (W. kl. W., 1916, Nr. 42.) Der Verfasser berichtet über die Anwendung des Präparates und ihr Ergebnis; es steht anderen Quecksilberverbindungen nicht in der Wirkung nach und hinterläßt nie Infiltrate. In einigen Fällen, in denen andere Mittel, wie Hg-Salizylat, nicht vertragen wurden, gelang die Durchführung der Kur mit dem neuen Mittel.
H. Vörner-Leipzig.

Über die Verwendung des „Balnazid" von Berliner-Breslau. (B. kl. W., 1916, Nr. 42.) Verfasser hat das von Klingmüller für Hautaffektionen wie Psoriasis, Ekzem, Pyodermie, Urtikaria als Bademittel empfohlene Balnazid, zu gleichen Teilen mit gewöhnlichem Brennspiritus und Wasser vermischt, als Einstreichungsmittel bei entzündlichen Schwellungen des Gesichts, der Ohrmuscheln, Ekzem, Urtikaria, Psoriasis mit Erfolg angewendet. Sobald Ulzera vorhanden sind, ist es notwendig, die Stellen vorher mit 10%iger Kokainlösung zu anästhesieren. E. Klemm-Leipzig.

Zur Rehabilitation des Balsamum Copaivae, veranlaßt durch Bukkosperin, von Wilhelm Beckers-Köln. (Südd. Apotheker-Ztg., 1916, Nr. 53.) Verfasser hat mittels chemischer Proben festgestellt, daß der zu der Bukkosperin genannten Kombination gebrauchte Kopaivabalsam absolut rein ist. R. Frühwald-Leipzig.

Das Teerpräparat „Cadogel", von R. Polland-Graz. (M. Kl., 1916, Nr. 31.) Das Cadogel wird durch Destillation im Vakuum aus dem Oleum cadinae hergestellt, ist gelbbräunlich, leicht klebrig, nicht unangenehm riechend und in Alkohol, Benzol und Äther leicht löslich; es kommt in Tuben von 20 und 50 g in den Handel und zwar 10-, 33-, 66- und 100%ig, ist zwar nicht billig, aber im Gebrauch sparsam. Es wird mit einem Pinsel auf die Haut aufgetragen und entweder mit einem Mullfleck bedeckt, der durch Binden festgehalten wird, oder es wird mit Talcum venetum bestreut und bildet dann einen leicht zähen Überzug. Über seine Erfahrungen mit der Cadogel-Wirkung teilt der Verfasser folgendes mit: Wie fast alle Teerpräparate hat sich Cadogel bei chronischen Ekzemen mit Hautverdickung gut bewährt; aber auch bei frischen Ekzemen mit geröteter und nässender Haut ist es in vielen Fällen mit Erfolg da angewendet worden, wo man andere Teerpräparate nicht anzuwenden gewagt hätte. Man beginnt in solchen Fällen mit dem 10%igen Cadogel und kann, wenn es gut vertragen wird, bis zur 33- und 66%igen Lösung steigern. Das Cadogel in geringerer oder überhaupt anderer Konzentration als den Originallösungen, etwa in Salben- oder Pastenform anzuwenden, widerrät der Verfasser entschieden, da die guten Eigenschaften des Teerkolloids am besten in den Originallösungen zur Wirkung kommen. Die neuerdings in den Handel gebrachte Cadogelseife hat sich dem Verfasser als sehr gutes Mittel gegen Skabies erwiesen, besonders kombiniert mit Sulfur; doch ist die Seife sehr teuer und wird wohl kaum in der jetzigen Zeit noch hergestellt werden können. Der Verfasser ordiniert: Flor. sulf. 50,0, Cadogelseife, Vaseline 100,0 als Antiskabiosum. O. Lasch-Breslau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Juni 1918 | Nr. 23 | Band 66

Aus dem Marine-Lazarett Hamburg (Chefarzt: Marine-Generalarzt Dr. Meyer).

Ein Beitrag zur Diathermiebehandlung der Gonorrhoe.

Von

Dr. Antoni,

Marine-Oberassistenzarzt d. R. und ordinierender Arzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, sonst Abteilungsarzt der Universitäts-Hautklinik Heidelberg (Prof. Bettmann).

(Mit 2 Abbildungen.)

Da nach Laboratoriumsversuchen [1]) die Gonokokken durch eine Erwärmung von 45° in 37 Minuten abgetötet werden, so müßte in der Theorie die Gonorrhoe durch eine einzige solche Diathermiesitzung geheilt werden. Die Praxis hat gezeigt, daß dies nicht der Fall ist. H. Schmidt [2]) und W. Müller [3]) sind auch von dem Glauben abgekommen, daß die in der Harnröhre lebenden Gonokokken durch die oben erwähnte Temperaturerhöhung abgetötet werden und sprechen lediglich von einer Ausschwemmung, einer Schädigung und einer Abschwächung der Virulenz der Gonokokken. Als hauptsächlichen Heilfaktor sehen sie die Hyperämie und die dadurch hervorgerufene stärkere Ausschwemmung an. Daß die Abtötung der Gonokokken in der Kultur durch Hitze der Abtötung der Gonokokken in der Harnröhre nicht gleichzustellen ist, dürfte ohne weiteres einleuchten, wenn man daran denkt, wie schwierig es ist, einen Gonokokkenstamm fortzuzüchten, und wie hartnäckig die Lebensfähigkeit der jeder Behandlung trotzenden Gonokokken in der Harnröhre ist.

Es gelingt nicht, durch Diathermie allein in einigen wenigen Sitzungen bei akuter Gonorrhoe die Gonokokken zu beseitigen. Bei dem von Schmidt angeführten Fall, der nach einer einzigen Diathermiesitzung bei 50° geheilt wurde, handelt es sich, wie auch Schmidt zugibt, um eine Verbrennung zweiten Grades. W. Müller behauptet, Fälle lediglich mit Diathermie, wenn auch erst nach 41 und 42 Tagen, geheilt zu haben.

Für die Enttäuschung, die uns die Diathermiebehandlung bei der akuten Gonorrhoe bereitet, sind meines Erachtens folgende Gründe maßgebend.

Der erste Grund ist in dem Temperaturunterschied in den einzelnen Teilen der Harnröhre zu suchen. W. Müller stellte fest, daß die

[1]) Dr. Carlos Santos (fils), Lisbonne, Archiv d'électricité méd., März 1913, Nr. 354. — [2]) Technik und Erfolge der Diathermie bei der männlichen Gonorrhoe und ihren Komplikationen. Strahlentherapie, 1916, Bd. 7. — [3]) W. Müller, Diathermie der männlichen Gonorrhoe und ihrer Folgezustände. Derm. W., 1917, Bd. 65.

Digitized by Google

Temperatur der vorderen Harnröhre bei nicht Fiebernden 28,2°, die der Pars membranacea 32,6°, die der Pars prostatica 36,5° beträgt. Bei einer gleichmäßigen Erwärmung der Harnröhre auf 45° erhalten demnach die Gonokokken in der vorderen Harnröhre 17° Temperaturerhöhung, die der Pars prostatica nur 8,5°. Ob diese Erhöhung von 8,5° imstande ist, die Gonokokken abzutöten, ist zunächst noch sehr zu bezweifeln, wenigstens gelingt es nicht in einer Sitzung. Eine Erhöhung der Harnröhrentemperatur über 45° darf man dem Gewebe ohne Schädigung des Protoplasmas nicht zumuten, handelt es sich doch hier nicht um Kontaktwärme, sondern um eine richtige Thermopenetration.

In zweiter Linie müssen wir uns die Frage stellen, wie weit sich die Gonokokken in der Harnröhre bei fortgesetzter Diathermiebehandlung der Wärme anpassen können. Die refraktären Fälle, bei denen es uns trotz monatelangen Diathermiesitzungen nicht gelang, die Gonokokken zu beseitigen, sind vielleicht durch die Wärmeanpassungsfähigkeit einiger Stämme zu erklären.

Der dritte Grund für das Fehlschlagen der Diathermie bei der akuten Gonorrhoe ist in technischen Schwierigkeiten zu suchen.

Versuche, die ich 1913 mit der sogenannten elektrischen Heizsonde in der Heidelberger Hautklinik vornahm, hatten mir gezeigt, daß es sehr gut möglich ist, durch Kontaktwärme gonorrhoische Infiltrate zum Aufplatzen zu bringen. Zwei Faktoren spielen dabei eine Rolle, ein mechanischer durch Spannung der Schleimhaut, ein anderer beruht auf der durch die Kontaktwärme hervorgerufenen Hyperämie. Eine Provokation von Gonokokken bei scheinbar geheilten Fällen war mit dieser Methode gut möglich. Versuche anderer Autoren mit diesen Heizsonden haben gleiches Resultat erzielt[1]). Durch die Diathermie läßt sich ebenfalls recht gut eine Provokation der Gonokokken erreichen. Dem Muster der Heizsonde entsprechend war auf unserer Diathermieabteilung zunächst eine Innenelektrode in Form eines Metallbougies mit Dittelscher Krümmung im Gebrauch, so wie sie H. Schmidt in seiner Arbeit angegeben hat. Wir sind von dieser Methode der Durchwärmung bei akuter Gonorrhoe abgekommen, weil Komplikationen in Gestalt von dorsaler Lymphstrangentzündung und Schwellung der suprasymphysären Leistendrüsen auftraten, wie man sie bei gonorrhoischer Lymphangitis zu sehen gewohnt ist. Außerdem sah ich, durch endoskopische Kontrolle häufiger, viele kleine Infiltrate, die meines Erachtens, im Gegensatz zur Anschauung von Schmidt, durch Hineinpressen von gonokokkenhaltigem Eiter in die Schleimhautdrüsen bei Einführen der Innenelektrode zustande kamen, und die den Anlaß zu den oben erwähnten Komplikationen bildeten. Abgesehen von dem Unbehagen, das dem Urologen die Anwendung eines derartigen Instrumentes bei akuter Gonorrhoe verursacht, ist diese Methode auch nicht ganz ungefährlich, da man sich immer vor einer Verbrennung in acht nehmen muß. Die bougieartige Innenelektrode entspricht in ihrem Quadratinhalt nicht den anderen Elektroden, und infolgedessen ist die Hitzeentwicklung an der Innenelektrode naturgemäß am größten. Obendrein ist noch der durch die pathologisch-anatomischen

[1]) Rost, M. m. W., 1917, Nr. 41.

Digitized by Google

Veränderungen des Gewebes — hier die entzündliche Infiltration — hervorgerufene Unterschied in der Stromdichte zu berücksichtigen. Die Stromdichte ist dort am größten, wo der Strom am meisten Widerstand findet. H. Schmidt nennt hier die Diathermie „elektiv". Eine gute Bezeichnung, die beibehalten zu werden verdient bei der Durchwärmung von Infiltraten, wo man gerade diese elektive Wirkung nötig hat. Nach dem vorher Erwähnten ist also mit dieser Methode eine absolut einwandfreie, gleichmäßige Durchwärmung der Harnröhre nicht zu erzielen, und wir sind deshalb zu einer anderen Schaltung mit Ausfall der Innenelektrode übergegangen, wo laut Messung eine gleichmäßige Temperatur in allen Teilen der Harnröhre garantiert ist.

Welche Erfolge wir mit dieser Müllerschen Schaltung (Fig. 1) bei akuter Gonorrhoe haben werden, läßt sich zunächst noch nicht beurteilen. Das eine läßt sich sagen, schädliche Nebenwirkungen und Auftreten von Komplikationen haben wir bei dieser Art der Durchwärmung nicht gesehen.

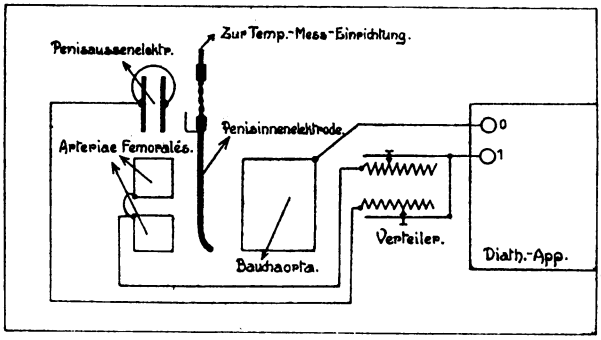


Fig. 1.

Worin besteht nun die Wirkung der Diathermie bei dieser Art der Schaltung?

Der anfangs vorhandene starke eitrige Ausfluß wird dünn und wäßrig, die Urine werden ziemlich schnell klar. Im mikroskopischen Bilde lassen sich selbst nach 30 Diathermiesitzungen von täglich $^1/_2$ stündiger Dauer noch massenhaft Gonokokken intra- und extrazellulär nachweisen. Man hat sogar den Eindruck, daß die Gonokokken an Zahl und Menge bedeutend zugenommen haben. Was ihre Lagerung anlangt, so sieht man mehr periepithelial gelegene Gonokokken als zu gleicher Zeit bei anderer Behandlung.

Im endoskopischen Bilde läßt sich die stärkere Sekretion nach einer Diathermiesitzung deutlich wahrnehmen. Die Mündungen der Littréschen Drüsen klaffen weit und sezernieren stark. Ob das lange Vorhandensein der Gonokokken im Sinne einer Ausschwemmung zu deuten ist, wage ich zunächst nicht zu entscheiden. Die so vorbehandelten Fälle werden jedenfalls trotz der Unmenge Gonokokken bei Anwendung von chemischen Mitteln sofort negativ.

Digitized by Google

An dieser Stelle möchte ich auf eine Anregung Menzers hinweisen[1]), der auch weniger Wert darauf legt, die Gonokokken durch chemische Mittel möglichst schnell zu beseitigen, sondern der durch aktive Hyperämie eine dauernde Ausschwemmung erzielen will. Ob die früh einsetzende Silbertherapie, die seit Jahren das Bild der Gonorrhoebehandlung beherrscht, zu Recht besteht, ist fraglich, und die Forderung einer restlosen Ausheilung durch anhaltende Hyperämie (sei sie nun durch Vakzine oder durch Diathermie hervorgerufen) im Sinne einer Ausscheidung der Gonokokken ist sehr zu begrüßen. Daß diese Art der Ausheilung möglich ist, zeigt Menzer durch seinen Hinweis auf die Vakzinebehandlung der Vulvovaginitis kleiner Mädchen, wo er, wenn auch erst nach längerer Zeit, restlose Ausheilung erzielt hat. Ebenso erzielte Mar.-Ob.-Ass. Kunstmann (Marine-Laz. D. O. S. Wilhelmshaven) lediglich durch Einspritzung von Gonotropin in drei Fällen nach 10—12 Wochen mit 22 bis 26 Einspritzungen einwandfreie Heilung.

Bei der Vakzineeinspritzung tritt auch zunächst ein vermehrter Ausfluß auf, und gleichzeitig macht sich eine vermehrte Ausscheidung von Gonokokken bemerkbar. Dieses Bild wiederholt sich bei jeder Vakzineeinspritzung, um nach und nach immer geringer zu werden. Ob in dem vermehrten Auftreten von Gonokokken nach der Diathermie eine Parallele mit der Herdreaktion nach Vakzine zu erblicken ist, ist noch nicht bewiesen. Jedenfalls gibt die Vermehrung nach der Diathermie, die auch einen Höhepunkt zu haben scheint, zu denken, vor allen Dingen bei Berücksichtigung der späteren schnellen Beseitigung der Gonokokken durch chemische Mittel.

Wenn die bei der Diathermie auftretende Vermehrung der Gonokokken, als durch geeignete Bruttemperatur herbeigeführt, zu deuten wäre, so würden sie nachher nicht so schnell und sicher durch chemische Mittel beseitigt werden.

Der ausschlaggebende Faktor der Diathermiebehandlung ist meines Erachtens nach die durch die Erwärmung hervorgerufene Hyperämie, und nicht die direkte Wärmeeinwirkung auf die Gonokokken. Gelingt es uns, den Heilungsvorgang, wie er sich bei dieser künstlichen Hyperämie abspielt, aufzuklären, oder gelingt es uns, zu beweisen, daß diese Hyperämie nur eine Unterstützung der physiologischen Abwehrreaktion des Körpers ist, so sind wir vielleicht in der Lage, Licht in das Dunkel zu bringen, das jetzt noch über den Heilungsvorgängen im menschlichen Körper schwebt.

Die anfängliche entzündliche Reaktion des Körpers auf das eindringende Trippergift und die starke Eiterung in den ersten Tagen nach der Ansteckung sind doch auch nichts weiter als Abwehrvorrichtungen des Körpers. Ist nun die Vakzinewirkung und die Diathermie ein gleicher Vorgang? Beweisen läßt sich das nur durch Untersuchung des gonorrhoischen Eiters, und ich verweise hier wieder auf die in meiner Arbeit[2]) gemachten Andeutungen aus der Arbeit Ullrich[3]) über die

---

[1]) Über Gonorrhoeheilung. M. m. W., 1917, Nr. 46. — [2]) Ein Beitrag zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Derm. W., 1917, Bd. 65. — [3]) Ullrich, Zytologische Befunde bei Gonorrhoikern. Inaugural-Dissertation, Heidelberg 1915.

Digitized by Google

wechselweise auftretende Eosinophilie im gonorrhoischen Eiter unter besonderer Berücksichtigung der Vakzinebehandlung.

So weit sind unsere Erfahrungen bis jetzt bei der akuten Gonorrhoe zu übersehen. Eine Beschleunigung der Heilung wäre meines Erachtens dadurch zu erzielen, daß man nach Diathermievorbehandlung zu chemischen Mitteln greift. Zu welchem Zeitpunkt die chemische Behandlung einsetzen muß, kann ich noch nicht sagen, da meine Untersuchungen hierüber noch nicht abgeschlossen sind. Müller Pyrmont hat auch in seiner Arbeit öfter auf die kombinierte Behandlung hingewiesen und hat mit dieser Methode (Höllenstein-Antrophore) seine guten Erfolge erziehlt.

Den noch nicht abgeschlossenen Erfahrungen bei der akuten Gonorrhoe, wo sich vielleicht in absehbarer Zeit durch Verbesserung der Methoden bessere Resultate erzielen lassen, stehen zweifellose Erfolge bei der chronischen Gonorrhoe und bei Komplikationen gegenüber. Ich will zunächst auf die Behandlung der Infiltrate eingehen. Viele Infiltrate in verschiedenen Tiefen der Harnröhre lassen sich gut durch eingeschaltete Innenelektrode zum Aufplatzen oder sogar zur Resorption bringen. Man erzielt also eine Ausschwemmung der Gonokokken aus abgekapselten Herden und macht sie der chemischen Behandlung zugänglich. Ich verweise hier auf die Parallele der Vakzinebehandlung. Ob die Provokation durch Diathermie oder durch Vakzine sicherer zu erzielen ist, vermag ich noch nicht zu sagen, hatte ich doch bei der Vakzinebehandlung auch selten Fehlschläge. Ein einzelnes Infiltrat läßt sich sehr gut durch eine Diathermieelektrode nach Art der kalten Kaustik unter endoskopischer Kontrolle zerstören. Vor dem Platinbrenner hat die Müllersche Nadel (Fig. 2) den Vorteil, daß man die kalte Nadel erst in das Infiltrat einstecken kann ohne zu zerstören, und dann erst den Koagulationsstrom einschaltet. Man kann also in der Tiefe zerstören, ohne die Oberfläche zu schädigen. Bei der Hauttherapie ist dies in Hinsicht auf bessere Narbenbildung von großem Nutzen.

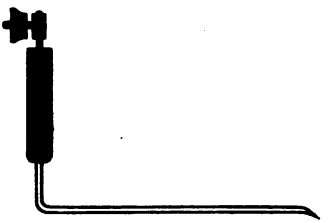


Fig. 2.

Hervorragendes leistet die Diathermie dort, wo es sich um Resorption von entzündlichen Prozessen handelt, vor allen Dingen bei Prostataentzündungen. Schwellungen der Prostata lassen sich durch die Prostataelektrode in verhältnismäßig kurzer Zeit beseitigen. Man könnte hier von einer verbesserten Arzberger-Behandlung sprechen. Daß mit der Beseitigung der Prostataentzündungen die Gonorrhoe noch nicht geheilt ist, brauche ich hier wohl nicht weiter auseinanderzusetzen. Ganz ähnlich wie bei Entzündungen der Prostata sind die Erfolge bei Erkrankungen der Samenblasen.

Gutes leistet die Diathermie auch bei den akuten und chronischen Nebenhodenentzündungen. Bei den äußerst schmerzhaften Nebenhodenentzündungen mit Beteiligung des Samenstranges und peritonitischer Reizung, wo man sich scheut, wegen der Stärke der Reaktion und einer nicht angebrachten Propagation in Gestalt eines Abszesses die Arthigon-

Digitized by Google

behandlung sofort anzuwenden, bringt eine einmalige Diathermiesitzung von einer viertel Stunde Dauer mit der Hodenklemmvorrichtung MÜLLERS eine wesentliche Milderung der Schmerzen und Rückgang der akut entzündlichen Erscheinungen. So wird also auch hier eine Beschleunigung der Heilung herbeigeführt, weil man vorher nicht geeignete Kranke schnell der Vakzinebehandlung zugängig macht.

Bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen leistet die Diathermie auch wesentliche Unterstützung, die vor allen Dingen in der schnellen Beseitigung der äußerst heftigen Schmerzen besteht, so daß dem Erkrankten die Möglichkeit gegeben wird, früher als sonst sein erkranktes Gelenk zu bewegen, ein nicht zu unterschätzender Heilfaktor. Einige Fälle von chronischen Gelenkerkrankungen, die mit Arthigon behandelt, gebessert, nach einiger Zeit der Vakzine gegenüber in einen refraktären Zustand kamen, wurden durch mehrere Diathermiesitzungen der Arthigonbehandlung wieder zugängig gemacht und kamen zur endgültigen Heilung.

Zusammenfassung.

1. Die Diathermiebehandlung der Gonorrhoe ist eine wesentliche Unterstützung unserer jetzigen Behandlungsmethoden. Voraussetzung ist genaue Indikationsstellung und richtige Beherrschung der Technik.
2. Eine Wirkung der Diathermie auch bei akuter Gonorrhoe ist zweifellos vorhanden, läßt sich aber noch nicht abschließend beurteilen. Sie beruht auf der durch die gleichmäßige Erwärmung hervorgerufenen Hyperämie.
3. Eine beschleunigte Heilung des chronischen Harnröhrenkatarrhs wird durch Zuhilfenahme der Diathermie erzielt. Auch bei Tripperkomplikationen bildet die Diathermiebehandlung ein wesentliches Unterstützungsmoment.

Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda, und weitere Erfahrungen über Leukogen[1]).

Von

Dr. HEINRICH LOEB,

Chefarzt der dermatolog. Abteilung am Allgem. Krankenhaus Mannheim.

(Schluß.)

Wie ist nun diese überraschende Heilung zu erklären?

Von den Vakzinen ist anzunehmen, daß sie eine spezifische Wirkung nur auf die Elemente gleicher oder nahestehender Gattung entfalten. Die Höchster Farbwerke bestätigen mir ausdrücklich, daß in dem übersandten Leukogen nur Staphylococc. aureus, albus und citreus enthalten waren, auf keinen Fall Trichophytonkeime. Auf der anderen Seite galt

[1]) Vorgetragen in der Gesellsch. d. Ärzte in Mannheim am 4. II. 1918.

Digitized by Google

als feststehend, daß die Sykosis ausschließlich bedingt sei durch Trichophyton tonsurans. Im Barthaare und in den Schuppen ist dieser Pilz im Anfangsstadium stets und leicht nachweisbar; in den Sykosisknoten und dem Eiter oft schwer, meist nur durch Kultur aufzufinden, aber doch mit einer genügenden Häufigkeit, um ihn als Erreger der Sykosis anzusehen. So schreibt z. B. von den neueren Autoren Jesioneck (im Lehrbuch von Riecke): Jedenfalls muß daran festgehalten werden, daß ein und derselbe Pilz einmal oberflächliche Hyperämie und geringwertige Exsudation, das andere Mal schwere Eiterung und Abszedierung auslösen kann, und daß die Eiterung der profunden Form einzig und allein auf den Trichophytonpilz selbst, nicht etwa auf zufällig gleichzeitig vorhandene Eiterkokken zurückzuführen ist. Er fügt hinzu: Wohl kann eine sekundäre Kokkeninfektion dem trichophytären Infiltrate sich zugesellen; das primäre Moment ist die Infektion mit Trichophytonpilzen.

Ferner hatte Ullmann[1]) in acht Fällen von Sykosis fünfmal Trichophyton in Reinkultur festgestellt, dreimal in Mischinfektion mit Eitererreger; Unna[1]) fand im Höhestadium einer knotigen Form: Hyphen und Pilzelemente auf der Oberfläche verschwunden; die Pilze des Haarbalges in abgerundete oder eckige Oidien zerfallen, zum Teil noch in Reihen angeordet, mit Kokken untermischt. — Von Sabrazes und Brengues[1]) wurde festgestellt, daß bei den miterkrankten Drüsen der Sykosis nur gewöhnliche Eitererreger und keine Trichophytonpilze gefunden werden.

Es ist also aus der Literatur der Nachweis zu führen, daß bei der Sykosis neben dem Trichophytonpilz, der als zweifellos primäre Krankheitsursache zu betrachten ist, sekundär Staphylokokkeninfektion in Erscheinung tritt. Wenn wir den umstimmenden Einfluß sehen, den die Staphylokokkenvakzine auf das Krankheitsbild der Sykosis ausübt, und der Überlegung Platz geben, daß diese Wirkung nur hervorgerufen werden kann durch Einwirkung auf die Staphylokokken und nicht auf die Trichophytonelemente, so muß im Gegensatz zur bisherigen Auffassung gewissermaßen ex juvantibus angenommen werden, daß der Staphylokokkeninfektion eine Hauptrolle in der Entstehung der Sykosis zufällt, und daß das Krankheitsbild der Sykosis zu betrachten ist als eine in die Tiefe schreitende Trichophytie, zu der sich eine Staphylokokkeninfektion hinzugesellt. Das Zusammenwirken des Trichophyton tonsurans mit Staphylokokken erzeugt die Sykosis. Die Behandlung mit Staphylokokkenvakzine ist demgemäß als eine rein spezifische zu betrachten, die sich gegen die eine Komponente der Erkrankung, gegen die Staphylokokkeninfektion, richtet.

Was geschieht nun, wenn die Staphylokokkeninfektion durch Leukogen ausgeschaltet ist, mit den zurückbleibenden Trichophytonpilzen? Ist nicht ein Aufflackern der Trichophytie zu erwarten? Bloch hat darauf hingewiesen, daß gerade bei den hochgradigsten, zu förmlichen Tumoren führenden trichophytischen Prozessen es oft am schwierigsten ist, die Erreger zu finden, und daß sie dann nicht im pathologisch veränderten Gewebe, sondern in dem am eigentlichen Krankheitsprozesse nur passiv

[1]) Nach Plaut in Mračeк. Handbuch der Hautkrankheiten.

Digitized by Google

beteiligten Haare zu suchen sind. Dies beruht auf der allergischen und immunisierenden Umstimmung, welche am stärksten auftritt am Orte der intensivsten Entzündung. Darauf führt er es auch zurück, daß die klinisch intensiv auftretende Form von Sykosis die bessere therapeutische Prognose gibt und sicherer und vollständiger heilt als die oberflächlicheren Prozesse (die ich in der eingangs getroffenen Schematisierung als Trichophytia infiltrans bezeichnet habe). Während also durch die intensiven reaktiven Entzündungserscheinungen unter dem Einflusse immunisierender Umstimmung die Trichophytonpilze getötet oder so abgeschwächt sind, daß sie sich nicht weiter entwickeln, wird die Staphylokokkeninfektion durch die Vakzination beseitigt, und die Erkrankung gelangt zur raschen Heilung, wie wir an den vorgestellten Fällen zeigen konnten. Noch erfolgreicher, auch für die oberflächlichen Formen, dürfte die Therapie sich gestalten, wenn Leukogen mit Trichophytin kombiniert angewandt wird. Versuche dieser Art sind unter Benutzung eines gleichfalls von den Höchster Farbwerken hergestellten Trichophytins z. Z. im Gange und nach den bisherigen Erfahrungen sehr aussichtsreich.

Es bleibt noch die Möglichkeit offen, daß Leukogen auf den primären Herpes tonsurans, bei dem eine Infektion mit Staphylokokken noch nicht eingetreten und nur Trichophytonpilze vorhanden sind, gleichfalls heilend einwirken könnte. Es wurden daher einem Patienten mit einem etwa acht Tage alten markstückgroßen unkomplizierten Herpes tonsurans acht intramuskuläre Injektionen Leukogen von 10 bis 650 Millionen Staphylokokken ohne jede weitere Behandlung verabfolgt. Dabei war die Effloreszenz flacher geworden und schien zeitweise verschwinden zu wollen; schließlich bestand sie ungeheilt weiter[1]). Dagegen konnte ich bei zwei Fällen von Trichophytia superfic. dissemin. (Herpes maculosus) beobachten, daß der eine Fall nach fünf Leukogeneinspritzungen restlos abheilte; der zweite Fall nach acht Injektionen zunächst gebessert war und im Anschluß daran ohne jede weitere Behandlung zur Heilung gelangte. Allerdings ist diese Form der Trichophytie so leichter Natur, daß sie auch spontan in einigen Wochen verschwinden kann, so daß die Frage ungeklärt bleibt, ob hier eine therapeutische oder spontane Heilung vorliegt. — Ein Fall von Ekzema marginatum, der mehrere Wochen bestanden hatte, wurde durch sechs intramuskuläre Injektionen gebessert, durch drei weitere intravenöse Einspritzungen zum Verschwinden gebracht mit Zurücklassung schwacher Pigmentierung.

Ich habe darauf geachtet, ob an der Einverleibungsstelle eine lokale spezifische Reaktion auftritt. Bei Ritzung der Haut mit nachträglicher Einreibung von Leukogen, ebenso wie bei intrakutaner Injektion konnte ich keine oder nur schwache Reaktion sehen. Dagegen trat bei allen Patienten an der Stelle der subkutanen Injektion ein verschieden starke ovale, 3—6 cm lange, 2—5 cm breite teigige Schwellung mit Rötung und mäßiger Empfindlichkeit auf, welche 12—24 Stunden nach der

[1]) Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen gelangte ein seit zwei Monaten bestehender Herpes tonsurans am Halse bei einer ins Krankenhaus eingewiesenen Patientin mit acht Leukogeninjektionen (von 40—250 Mill., insgesamt 1290 Mill. Staphylokokken) bei Ausschluß jeder anderweitigen Behandlung zur restlosen Heilung, welche nach weiteren vier Wochen noch festgestellt werden konnte.

Digitized by Google

Injektion einsetzte, nach etwa 12 Stunden den Höhepunkt erreichte, um nach weiteren 12 Stunden gänzlich zu verschwinden. Mit zunehmender Staphylokokkenzahl nahm die Intensität der Reaktion zu; die häufigere Wiederholung führte weder zu einer Steigerung noch zu einer Abschwächung. Da auch bei trichophytiefreien Personen diese lokale Reaktion eintrat, kommt ihr eine spezifische oder diagnostische Bedeutung nicht zu. Vielmehr ist anzunehmen, daß bei der Ubiquität der Staphylokokken bei jedem die Reaktion zu erwarten ist. Die mit Stammlösung der Vakzine (halbprozentige Phenolkochsalzlösung) ausgeführten Kontrollinjektionen blieben in allen Fällen reaktionslos.

Herdreaktionen wurden an den erkrankten Partien häufiger festgestellt; sie äußerten sich nach der zweiten bis vierten Injektion in einer sukkulenten Schwellung der Knoten, die teilweise mit einer raschen Vereiterung einherging. Die Erscheinung trat jedoch nicht regelmäßig auf.

Eine gegen Trichophytie immunisierende Wirkung kommt dem Leukogen nicht zu. Wir sehen in Fall 13 während der Behandlung neue Herde, in Fall 16 nach scheinbarer Heilung Rezidiv und neue Herde von Trichophyt. superfic. auftreten.

Die therapeutischen Injektionen wurden intramuskulär, subkutan, versuchsweise ohne Schaden auch intravenös ausgeführt.

Der therapeutische Erfolg ist nach meinem Eindruck am ergiebigsten bei den intramuskulären Injektionen. Nur in dem oben angeführten Falle von Ekzema marginatum, bei dem mit zehn intramuskulären Injektionen die Besserung langsam fortschritt, wurde mit drei intravenösen Einspritzungen ein rasches Verschwinden erreicht.

Die Behandlung wurde in sämtlichen Fällen ambulant durchgeführt.

Mit der Dosierung beginne ich mit 25—50 Millionen, wöchentlich zweimal, steigernd je um 30—50 Millionen. Von großer Steigerung, 100 bis 200 Millionen, habe ich keine besseren Erfolge beobachtet. Abgesehen von Fiebererscheinungen zu Beginn der Behandlung, die ich auffallenderweise am stärksten bei den zuerst beobachtenden Fällen gesehen habe, trat keine ernstere Beeinträchtigung der Patienten ein. Mehrere gaben sogar an, daß sie im Anschluß an die Behandlung sich wohler und leistungsfähiger fühlten als in den Monaten vor ihrer Erkrankung. Dagegen beobachtete ich bei etwa sechs Fällen das Auftreten einer Bronchitis, die länger anhielt und von der ich nicht mit Bestimmtheit ausschließen kann, daß sie durch Mobilisierung alter Staphylokokkenherde unter dem Einfluß der Vakzination aufgetreten ist. Allerdings war auch die Witterung und Jahreszeit (Herbst und Winter) zu solchen Katarrhen disponierend. Bei einem Patienten, der wegen Follikulitis und Furunkulose des Rückens behandelt wurde, trat nach drei muskulären Injektionen von 20, 25 und 50 Millionen eine Iritis auf, von der Prof. Wagemann annimmt, daß sie mit der Injektion in Zusammenhang stehe. Im Gegensatz dazu wurde eine akzidentelle Konjunktivitis (bei impetiginösem Ekzem) und eine oberflächliche Keratitis nach ophthalmologischem Gutachten auffallend günstig beeinflußt.

Bei der Häufigkeit der durch Staphylokokken verursachten Hautkrankheiten war zu erwarten, daß auch weitere Dermatosen günstige Objekte für Leukogenbehandlung abgeben werden. Ich erzielte auch

Digitized by Google

auffallend gute Resultate bei Furunkulose des Nackens und Körpers, wofür zwei Beispiele:

Patient R., 60 Jahre alt. Seit sieben Wochen fortgesetzt Furunkel und follikuläre Abszesse im Nacken; jetzt die ganze linke hintere Hälfte des Halses von handtellergroßen, flächenförmig ausgebreiteten, höckerigen Infiltraten und Abszessen bedeckt.

17. XII. 1917. 1. Leukogeninjektion, 15 Mill. muskulär.

28. XII. Wesentlich gebessert und geschrumpft. 4. Injektion, 25 Mill.

4. I. 1918. 6. Injektion, 150 Mill., nahezu geheilt.

21. I. völlig geheilt seit 14. Tagen; insgesamt 8 Injektionen mit 850 Mill.

Fall A: Furunkulose des Nackens, seit sieben Wochen behandelt mit Pflastern, Histopinsalbe, Hefe, Kauterisierung usw.; der ganze Nacken besetzt von Narben, neuen Infiltraten und Furunkeln.

Vom 18. I. bis 28. II. 1918. 4 subkutane Injektionen von zusammen 700 Mill. Leukogen; Besserung. Dann 8 intramuskuläre Injektionen mit fortschreitender Besserung und schließlicher Heilung.

Geheilt wurden ferner zwei Fälle von lange bestehender, stets rezidivierender Follikulitis des Gesichts; Impetigo und impetiginöses Ekzem heilte auffallend rasch. Sycosis coccogenes reagiert langsamer, bedarf längerer Behandlung und größerer Dosen; von vier Fällen wurden zwei geheilt, einer gebessert, einer steht noch in Behandlung. Beachtenswert war der Erfolg bei einer an Erythema multiforme bullosum (Iris) erkrankten Patientin, welche, mit eigroßen Blasen an Handrücken und Vorderarmen, kleineren Blasen an Brust, Bauch, Lippen und Mundschleimhaut im Krankenhause aufgenommen, nach der ersten Leukogeninjektion absolut frei blieb von jeder weiteren Blasenbildung und nach kurzer Zeit geheilt entlassen werden konnte. Auch chronisches Ekzem wurde günstig beeinflußt, ebenso ein Fall von heftigem Prurigo, bei dem Jucken, die ekzematisierten Herde und vor allem die vergrößerten Drüsen sich rückbildeten.

Bei einer weiteren Patientin gelangte eine verkäsende skrofulöse Drüse am Halse zur restlosen Resorption, während ein Kind mit ausgedehntem Skrophuloderma der Ellenbogen bei gleichzeitiger Pyrogallolbehandlung unter wiederholter mäßiger Temperatursteigerung auffallend günstig beeinflußt wurde.

Wenn diese vereinzelten Fälle ein abschließendes Urteil nicht gestatten, so ist der Verlauf doch derartig, daß er zur Fortsetzung der Versuche ermutigen kann.

Sehr beachtenswert sind die Erfolge, die ich bei mehreren Harnröhrenerkrankungen beobachtet habe.

Fall 1. R. A. Gonorrhoe vor 8, Rezidiv vor 5 Jahren; langdauernde Behandlung.

20. II. 1917. Koitus vor 14 Tagen nach längerem Intervall. Seit zwei Tagen Urethralsekret: Leukozyten, Kokken, keine Gonokokken.; Prostata etwas vergrößert, Sonde 27 leicht durchführbar. Injektion mit Kal. permang.; Heilung.

15. IX. Rezidiv nach forciertem Koitus; Kal. permang.

5. XI. Wieder vermehrtes Sekret nach Koitus: Staphylokokken, keine Gonokokken. 1. Leukogeninjektion, 10 Mill. intramuskulär; keine lokale Reaktion.

8. XI. 2. Injektion, 25 Mill. Urethralsekret stark vermehrt.

11. XI. 3. Injektion, 80 Mill. Sekret weniger, dünner.

17. XI. 5. Injektion, 250 Mill.

20. XI. Starke Bronchitis, Abendtemperatur 38,5.

29. XI. Urethralsekret nahezu völlig geschwunden, ein kleiner Schleimfaden enthält vereinzelte Leukozyten, Spermatozoen, keine Gonokokken.

4. II. 1918. Andauernd sekretfrei, trotz wiederholtem Koitus.

10. III. Bisher dauernd geheilt.

Digitized by Google

Fall 2. D. E. Patient stand von August bis Anfang Dezember 1917 anderwärts in spezialärztlicher Behandlung (mit Janetschen Spülungen) wegen einer im April 1917 aufgetretenen Urethritis catarrhalis — nie Gonorrhoe.

3. I. 1918. Urethralsekret enthält Leukozyten, Kokken, keine Gonokokken. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill. subkutan; Schwellung an der Injektionsstelle.

14. I. 150 Mill., subkutan; Akne und Seborrhoe des Gesichts gebessert.

24. I. 7. Injektion, 300 Mill. intramuskulär; Ausfluß wesentlich vermindert.

16. II. 11. Injektion, 400 Mill. Seit längerer Zeit kein Frühsekret mehr. 1. Urin absolut klar.

20. II. Dauernd sekretfrei, geheilt. Insgesamt 12 Injektionen mit 2400 Mill.

12. III. 1918. Minimales Sekret.

Fall 3: F. W. 1912, langdauernde Gonorrhoe, 1916 Druck in der Blasengegend mit Urindrang; späterhin Schmerz in der rechten Nierengegend, der zeitweise verstärkt auftrat; damals Uretherenurin rechts: Spur Opaleszenz bei Salic. sulf. Säure, vereinzelte Zylinder und Leukozyten; keine Tuberkulose.

Februar 1917: vermehrtes Urethralsekret, enthaltend Leukozyten, Bazillen und Kokken verschiedenster Art.

April 1917 nehmen die Schmerzen in der rechten Niere anfallsweise zu. Druckempfindlichkeit der rechten Nierengegend. Bei steigendem Nierenschmerz ist auch das Urethralsekret jeweils verstärkt. Zystoskopisch normaler Befund, Urin: keine Tuberkulose, kulturell lange Streptokokken und Staphylokokken; Tierversuch negativ; Pirquet positiv; Wasser und Konzentrationsversuch gut. Patient magert fortgesetzt ab.

Janetsche Spülungen, wodurch das Urethralsekret vorübergehend vermindert, der Nierenschmerz nicht beeinträchtigt wird. Späterhin wurde Erweiterung des rechten Nierenbeckens diagnostiziert und mit Kollargolinjektionen ohne Erfolg behandelt.

9. Januar 1918. Urethralsekret enthält Leukozyten, Kokken und Bazillen. Harnröhre leicht durchgängig für Sonde 27. Kein Infiltrat, Prostata und Prostatasekret normal. Urin klar, kein Albumen, Nierenschmerz besteht gesteigert fort.

5. I. 1918. 1. Leukogeninjektion, 15 Mill., reaktionslos. Keine sonstige Behandlung.

15. I. 4. Leukogeninjektion, 100 Mill.; Urethralsekret etwas vermehrt, aber dünnflüssiger.

12. II. 10. Leukogeninjektion, 450 Mill. Kein Urethralsekret mehr; Nierenschmerz und Druckempfindlichkeit völlig gehoben; subjektives Befinden sehr gebessert; Gewichtszunahme.

7. III. 14. Injektion, 1000 Mill.; nach Pollution vorübergehend etwas Urethralsekret, sonst dauernd Wohlbefinden.

Zusammenfassung: Es wurden neben weiteren noch nicht abgeschlossenen Harnröhrenerkrankungen mehrere gegenüber der früheren Behandlung resistente Fälle durch Leukogen zur raschen Heilung gebracht, und zwar eine Urethritis catarrhalis (postgonorrhoica?), eine Urethritis catarrhalis ohne vorhergegangene Gonorrhoe; eine Urethritis mit gleichzeitigem Nierenschmerz (Pyelitis mit Nierenbeckenerweiterung?). Eine genaue Indikationsstellung, zu der kultureller Nachweis erforderlich werden dürfte, kann für diese Fälle noch nicht gegeben werden.

Es wird auch zu prüfen sein, welcher der Komponenten des Leukogens der günstige Erfolg zuzuschreiben ist, ob die Mischung des Präparats zufälligerweise so günstig eingeschlagen, ob weitere Kombinationen nicht noch wirksamer gestaltet werden können. Jedenfalls geht aus meinen bisherigen Ausführungen hervor, daß in Leukogen ein Präparat hergestellt wird, welches nach vielfacher Richtung sehr schätzenswerte therapeutische Resultate ergibt, die umständliche Herstellung der Autovakzine vielfach überflüssig macht und eine zweifellose Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes darstellt.

Digitized by Google

J. Doutrelepont †.

Am 30. April starb zu Bonn der frühere Leiter der Universitätsklinik für Hautkrankheiten, der Nestor der Deutschen Dermatologen, Joseph Doutrelepont, im 84. Lebensjahre.

Ein an Arbeit und Erfolgen reiches Leben fand damit seinen Abschluß. Nach seinem Rücktritt vom Amte im Jahre 1910 als Fünfundsiebzigjähriger war es ihm noch volle acht Jahre vergönnt, der wohlverdienten Ruhe sich zu erfreuen; bei seiner fast bis in die letzten Tage anhaltenden körperlichen und geistigen Frische behielt D. ein ungeschwächtes Interesse für alle Fortschritte auf dem Spezialgebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. So sahen wir ihn noch teilnehmen an den glänzenden und auch anstrengenden Veranstaltungen des Wiener Kongresses, und die Bonner Dermatologen-Tagung im Sommer 1917 fand unter seinem Ehrenvorsitz statt. Als kurz nach seiner Amtsniederlegung Ehrlichs Entdeckung des Salvarsans die wissenschaftliche Welt erregte, sagte D. gelegentlich eines Besuches halb im Scherz, halb im Ernst zu mir, wenn ich das geahnt hätte, wäre ich auch jetzt noch nicht zurückgetreten, und ich kann mir lebhaft vorstellen, ein wie eifriger und erfolgreicher Förderer des neuen Heilverfahrens D. geworden wäre, schon allein durch die Autorität seiner Persönlichkeit. Bewundernswert war D. in seiner Unermüdlichkeit und Ausdauer als Forscher. Der wohlverdiente Lohn war, daß ihm, dem fast Fünfundsiebzigjährigen, zuerst der Nachweis der Spirochäten bei tertiärer Syphilis gelang, wo diese doch am spärlichsten vorkommen und infolgedessen am schwierigsten nachzuweisen sind. Mit seiner gleichzeitig mit R. Koch, Demme, Schuchardt und Krause gemachten Entdeckung des Tuberkelbazillus als Erreger des Lupus trat D. erst hervor, nachdem durch gewissenhafte Untersuchung an einem großen Krankenmaterial für ihn die Tatsache zu unumstößlicher Gewißheit geworden war. Die Erforschung des vielgestaltigen Gebietes der Hauttuberkulose und nicht zuletzt auch das Wohl und Wehe der armen Lupuskranken lag ihm besonders am Herzen; die von D. eingeführte Sublimatbehandlung des Lupus ist auch heute noch neben und mit anderen Methoden mit Recht in Ehren.

Es ist selbstverständlich, daß ein Mann, der in allem gegen sich selbst so streng und gewissenhaft war, auch von den ihm Unterstellten, vor allem von seinen Assistenten strengste Pflichterfüllung forderte; den einen oder anderen mag das vorübergehend verschnupft haben, alle kamen doch schließlich zur Einsicht, daß das Bestreben, gute Ärzte heranzubilden, immer für D. allein bestimmend war, daß ihm das Vorankommen eines jeden einzelnen, der unter ihm arbeitete, sehr am Herzen lag, und daß er ihn förderte, wo er es konnte. In der rheinischen und auch in der westfälischen Ärzteschaft genoß D. ein ungewöhnliches Ansehen und Vertrauen, und so strömten ihm die schwierigen und interessanten Fälle aus nah und fern zu; die Kollegen wußten, daß ihm, dem großen Arzte, nichts ferner lag wie Überhebung über den einfachen Praktiker; hatte er doch selbst lange Jahre hindurch allgemeine Praxis ausgeübt und wußte er daher aus eigener Erfahrung, daß an den in der allgemeinen Praxis stehenden Arzt, der das ganze große Gebiet der Medizin beherrschen soll, doch die größten Anforderungen gestellt werden.

Aus dem Lebensgang des Verblichenen gebe ich folgende Daten wieder.

D. studierte in Bonn, Berlin und Wien und bestand das Doktorexamen 1858, das medizinische Staatsexamen 1859, wurde dann Assistent des Langenbeck-Schülers Busch und habilitierte sich 1863 in Bonn für Chirurgie und Ophthalmologie, 1869 wurde D. Extraordinarius für Chirurgie und vertrat seit 1876 zunächst im Nebenamt das junge Fach der Dermatologie und natürlich zunächst noch mit recht unzulänglichen Mitteln. Aber bereits im Jahre 1882 konnte die modern eingerichtete, für 60 Betten berechnete, schöne neue Hautklinik eröffnet werden, deren Förderung von nun D. unter Aufgabe seiner großen Privatpraxis und kurz darauf auch seiner Stellung als Chirurg am Friedrich-Wilhelm-Stift seine ganze Energie und sein ganzes Können widmete.

D. kam erst als Fünfzigjähriger an das Hauptziel seiner Wünsche — nach unabhängiger wissenschaftlicher Betätigung, und, wenn man das berücksichtigt, so fordert

Digitized by Google

es unbedingte Anerkennung und Bewunderung, was in den folgenden 25 Jahren in seiner Klinik auf allen Gebieten der Dermatologie von ihm und seinen Schülern geleistet wurde, und der eifrigste Arbeiter war der unermüdliche Jugendgreis selbst. Sich und seine Schule besonders in den Vordergrund zu stellen, das allerdings widerstrebte der Natur des Verstorbenen, dennoch dürfen wir als Erfolge der Bonner Klinik buchen, daß eine Zahl seiner Schüler akademische Lehrer (Rostock, Halle, München) und Leiter größerer städtischer Spezialkliniken (Bremen, Dortmund) wurden und daß eine große Anzahl seiner Schüler besonders in Rheinland und Westfalen angesehene Fachärzte sind.

1887 erfolgte die Ernennung zum Geh. Med.-Rat und 1894 zum ordentlichen Honorarprofessor; sein Lieblingswunsch, das von ihm vertretene Fach auch in Bonn durch ein Ordinariat ausgezeichnet zu sehen, blieb ihm leider versagt; hohe und höchste Orden schmückten seine Brust, aber mit dem größten Stolze trug er das schlichte eiserne Kreuz für Verdienste um die Verwundeten 1870.

Mit den angesehensten Vertretern der Dermatologie des In- und Auslandes verband ihn enge Freundschaft, und viele bedeutende medizinische Gesellschaften haben ihn zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt, zur Redaktion der ersten deutschen Fachzeitung für Dermatologie, des von AUSPITZ und PICK begründeten Archiv für Dermatologie und Syphilis, gehörte D. seit vielen Jahrzehnten, und in letzterem sind auch seine wichtigsten Arbeiten erschienen und zahlreiche seiner Schüler. Zu seinem 70. Geburtstage widmeten ihm seine Schüler ein Heft des Archivs als besondere Gabe.

So hat denn ein Leben seinen Abschluß gefunden, reich an Mühen und Arbeit, aber auch reich an Erfolgen. Das Andenken an den großen Mann und Arzt wird bleiben bei seinen Freunden, seinen Schülern und seinen zahllosen dankbaren Patienten. Den Garten der Klinik ziert die von seinen Schülern gleichfalls zum 70. Geburtstage gestiftete Bronzebüste, seine wissenschaftlichen Arbeiten und Leistungen sichern ihm ein Denkmal aere perennius.

Joh. Fabry-Dortmund.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Erfahrungen mit dem Dauerhefepräparat Biozyme, von ARNHEIM. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1916.) Nach den Erfahrungen von ARNHEIM ist „Biozyme" infolge seiner größeren Gärkraft den anderen pulverförmigen Trockenhefepräparaten weit überlegen.

E. Brinitzer-Altona.

Cignolin, ein Ersatzpräparat für Chrysarobin, von MEIROWYKY und STIEBEL. (M. m. W., 1916, Nr. 46.) Cignolin wird in $^1/_8$-, $^1/_5$- und $^1/_2$%iger Benzollösung empfohlen, von Lösung in Xylol oder Azeton wird abgeraten. Cignolin wurde mit Erfolg angewandt bei Psoriasis, seborrhoischem Ekzem, Follikulitiden, Pityriasis rosea, Trichophytia superfic. und der Epidermophytie. Das Präparat ist in der Anwendung billiger als Chrysarobin, macht uns von der Auslanddroge unabhängig, kann ohne Bedenken für die Gesichts- und Kopfhaut verwandt werden und verfärbt die Bettwäsche nicht nennenswert. Für Psoriasis wird eine Modifikation der DREUWschen Salbe empfohlen: Acid. salicylic. 10,0, Cignolin 5,0, Ol. Rusci 20,0, Salbengrundlage ad 100,0.

A. Witte-Bremen.

Cignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin, und Laneps, eine neue Salbengrundlage, von GALEWSKY. (D. m. W., 1917, Nr. 8.) G., der schon in dieser Zeitschrift (1916, Nr. 6.) über dieses Thema sich geäußert hat, empfiehlt hier dem allgemeinen Kreise der Ärzte auf Grund seiner Erfahrung beide Mittel zur Anwendung. G. sieht den Wert des Cignolins in der intensiveren Wirkung im Vergleich zum Chrysarobin, in der Möglichkeit, mit diesem chemisch gut definierten Körper auch in schwachen Konzentrationen bereits starke Wirkungen zu erzielen, in der geringeren Reizung des Cignolins auf die Haut und in der geringeren Verfärbung der Wäsche. Das Mittel ist ein synthetisch hergestelltes, konstantes Präparat (Friedrich Bayer & Co., Leverhusen) und macht uns daher, im Gegensatz zum Chrysarobin, von der Zufuhr der ausländischen Drogen unabhängig. Infolge der geringen Reizbarkeit des Cignolins ist es möglich, auch Kopf- und Gesichtspsoriasis damit zu behandeln. Für die schweren Formen der Psoriasis verwendet G. eine Salbe, bestehend aus: Acid. salicyl. 0,5, Cignolin 0,5—2,5,

Digitized by Google

Hg praecip. alb., Bismuth. sub. āā 10,0, Vaselin. alb. ad. 100,0 mit Zusatz von Ol. Rusci oder Liq. carbon. deterg. Die Anwendung des Cignolins bei Psoriasis geschieht am besten in folgender Weise: Die Kranken erhalten Schmierseifen- oder Teerbäder, denen ein Zyklus von mehreren Einpinselungen von Cignolin-Benzol oder Einreibungen mit Cignolinsalbe folgen. Dann folgt ein Aussetzen und Unterbrechen der Kur, Behandlung mit keratolytischem Schwefel-, Salizyl-, Resorzinsalben und -Bädern, dann wieder Fortsetzung der Cignolinbehandlung bis zur Heilung oder Wiederholung dieses ‚Zyklus bei schweren Formen. Namentlich bei parasitären Hautkrankheiten (Pityriasis rosea Epidermophytie, Pityriasis versicolor) genügen ganz schwache Konzentrationen, 1 : 2000—1000 mit Zinköl oder Zinktrockenpinselung. G. hält die von Bayer & Co., Leverhusen, hergestellte Salbengrundlage, Laneps, für einen vollwertigen Fettersatz, der imstande ist, uns über den Mangel an anderen Salbengrundlagen hinwegzuhelfen. Der Firma Bayer & Co. ist es im Laneps gelungen, durch Kondensation von hochmolekularen Wasserstoffen eine fettähnliche Substanz herzustellen, die kaum von Lanolin unterscheidbar ist, indifferent und von unbegrenzter Haltbarkeit ist und fähig, bis zu 40% Wasser aufzunehmen. G. hat Laneps insbesondere als Salizylschwefelsalbe, als Cignolinsalbe, als Salizylborsalbe und als Krätzsalbe verwendet. In letzterer Hinsicht hat sich G. folgende Zusammensetzung außerordentlich gut bewährt: Kal. carbonicum 2,5, Aq. 7,5, Sulf. praecip., Sapo kalin. āā 5,0, Laneps 10. E. Brinitzer-Altona.

Elarson und Solarson, von Bogner. (Ther. d. Gegenw., Januar 1917.) Bei 60 Fällen von Anämien jeden Grades hat B. das Elarson bzw. Solarson mit geradezu verblüffendem Erfolge angewandt. Auch bei Neurasthenie erzielte B. durch diese Behandlungsmethode wesentliche Besserung. Bei einem Fall von Lichen ruber und zwei Fällen von schwerer Psoriasis hat das Salvarsan die Therapie wesentlich unterstützt. E. Brinitzer-Altona.

Erfahrungen mit dem Wundöl Granugenol (Knoll), von Schlenzka. (B. kl. W., 1916, Nr. 37.) Verf. hat sich das Mittel außer bei Verwundungen auch bei der Behandlung von Hautabschürfung, oberflächlichen granulierenden Wunden, sowie bei Unterschenkelgeschwüren gut bewährt. Er hatte den Eindruck, daß die Epithelisierung damit erheblich beschleunigt wurde. Es wurde nach Art des Zinköls mit gleichen Gewichtsteilen Zinkoxyd gemischt, dem der besseren Verreibbarkeit wegen etwas Ol. arachidis oder Ol. olivar. zugesetzt wurde. E. Klemm-Leipzig.

Granugenol Knoll in der Dermatologie, von Heusner-Gießen. (D. m. W., 1916, Nr. 40.) Dem Verfasser erwies sich Knolls Wundöl Granugenol als einer der stärksten Bindegewebsneubildner. Bei den verschiedensten Erkrankungen der Haut erzielte er mit diesem Mittel ausgezeichnete Erfolge. Es wird entweder rein oder als 50—70%ige Salbe (Granugenol 70,0, Lanolin anhydr. 10,0, Paraffin. solid. 20,0) verwendet. E. Brinitzer-Altona.

Meine Erfahrungen mit Granugenol und Pellidol, von Rothe-Luckenwalde. (M. m. W., 1917, Nr. 27.) Rothe empfiehlt bei Ulcus cruris und schlecht heilenden Wunden Pellidol 2,0, Granugenol ad 100,0. Gleiche Zusammensetzung wurde auch bei Scheidenkatarrhen und Erosionen in die Vagina gegossen. A. Witte-Bremen.

Glyzerinersatz. (Südd. Apothekerztg., 1916, Nr. 53.) Anführung einiger Rezepte von Zinkleim, Jodpinselung usw., bei denen nach Unna Glyzerin durch braunen Sirup ersetzt ist. R. Frühwald-Leipzig.

„Mollphorus" als Glyzerinersatz, von Meirowsky. (B. kl. W., 1916, Nr. 51.) „Mollphorus" ist eine hochprozentige, besonders präparierte, dickflüssige Raffinade, die Rohr- und Invertzucker in einem bestimmten Mengenverhältnis enthält. Versuche haben Verf. ergeben, daß es einen vollständigen Ersatz für Glyzerin in Trockenpinselungen und Zinkleim darstellt. Es stellt sich auch wesentlich billiger als Glyzerin. Fabrikant: Hans Schmitz, Köln-Müngersdorf. E. Klemm-Leipzig.

Ein brauchbarer Glyzerinersatz, von C. Bachem. (M. m. W., 1916, Nr. 41.) Unter dem Namen Tego-Glykol bringt Goldschmidt A.-G., Essen, ein Präparat in den Handel, das chemisch und physikalisch dem Glyzerin außerordentlich nahesteht, $C_3H_4(OH)_2$. Es ist mit Wasser und Alkohol in allen Verhältnissen mischbar und hat eine sehr beträchtliche Hygroskopizität. Es löst auch Acid. tannic., Thigenol, Ichthyol, Liq. carbon. det., die durch das Perkaglyzerin (hochkonzentrierte Lösungen von milchsaurem Natrium und Kalium) ausgesalzen werden. Das Glykol läßt sich auch als abführender Einlauf wie die Glyzerinklysmen verwenden. A. Witte-Bremen.

Ein neuer brauchbarer Glyzerinersatz, von C. Bachem. (Klin. ther. Wschr., 1917, Nr. 3/4.) Verf. hat das von B. Goldschmidt A.-G., Essen, in den Handel ge-

Digitized by Google

brachte Glykol erprobt. Eine große Anzahl von Arzneien lassen sich mit ihm in Lösung bringen, auch solche, die sich mit Perkaglyzerin nicht mischen lassen, z. B. Acid. tannicum, Thigenol, Ichthyol, Liq. carbon. deterg. Auch erlaubt Glykol eine Beimischung zu Salben. E. Klemm-Leipzig.

Perkaglyzerin und Tego-Glykol, zwei Glyzerin-Ersatzmittel, von MENDEL (Ther. d. Gegenw., Febr. 1917.) Das Perkaglyzerin, das eine konzentrierte Salzlösung (milchsaures Kalium) darstellt, hat eine frappante physikalische Ähnlichkeit mit dem Glyzerin. Es ist dickflüssig, wasserklar, sehr hygroskopisch und von noch stärkerer Viskosität als das Glyzerin. Es bildet daher in allen Fällen, wo das Glyzerin wegen dieser physikalischen Eigenschaften benutzt wird, wie z. B. als Gleitmittel, einen vollwertigen Ersatz. Dagegen wirkt es infolge seiner starken Salzkonzentration auf Schleimhaut und nicht ganz intakte Haut reizend. Es kann daher weder bei Wunden noch bei Hautkrankheiten als Heilmittel in Frage kommen. Dagegen soll das von der chemischen Fabrik Goldschmidt in Essen hergestellte Tego-Glykol auf Grund seiner physikalischen und chemischen Eigenschaften einen vollwertigen Ersatz für Glyzerin bilden. Das Glykol, das einen zweiwertigen Alkohol darstellt, bildet chemisch eine Zwischenstufe zwischen Alkohol und Glyzerin. E. Brinitzer-Altona.

Über das Perkaglyzerin, von L. KARCZAG. (W. kl. W., 1917, Nr. 28.) Der Verf. verwendet das Perkaglyzerin zu Einläufen in Quanten von 10—50 ccm. Mit Wasser zu einem Drittel verdünnt, bewirkt es einen leichten Stuhlgang, ohne von Nebenerscheinungen begleitet zu sein. H. Vörner-Leipzig.

„Perkaglyzerin Winkel" als Glyzerinersatz in der Dermatologie, von J. ODSTRČIL-Olmütz. (M. Kl., 1916, H. 35.) Der Verfasser gibt eine Anzahl Vorschriften bzw. Rezepte für die Anwendung des Perkaglyzerins. Dieses Mittel wird nach Angaben von Prof. NEUBURG-Berlin-Dahlem von der Chemischen Fabrik vorm. Goldenberg, Geromant & Co., Winkel (Rheingau) hergestellt und in den Handel gebracht. ODSTRČIL bestätigt die Angaben von JOSEPH, WECHSELMANN, SAALFELD, NAGELSCHMIDT über die Brauchbarkeit dieses Präparates; es ist ein ausgezeichnetes Ersatzmittel des Glyzerins, und diesem in mancher Hinsicht an Wirksamkeit überlegen; es unterscheidet sich äußerlich nicht vom Glyzerin und ist eine sirupartige, klare, fast farblose Flüssigkeit von ausgesprochener Schlüpfrigkeit und stark wasserentziehender Wirkung und mischt sich in jedem Verhältnis mit Wasser. Perkaglyzerin eignet sich sehr gut zum Konservieren und zum Einfetten von Gummi, Metallkathetern und Bougies, macht die Instrumente schlüpfriger als das Glyzerin und veranlaßt kaum je eine unangenehme Empfindung. Um jede Reizwirkung auszuschließen, verdünnt ODSTRČIL das Perkaglyzerin mit Wasser (2 : 1) oder verwendet die von JOSEPH angegebene Katheterpaste (Tragacanth 3,0, Perkaglyzerin 20,0, Aq. dest. ad 100,0). Die vom Verfasser zusammengestellten Perkaglyzerinsalben und -Pasten müssen im Original nachgelesen werden; besonders rühmt er das Perkaglyzerin-Honiggelee, dessen Anwendung bei spröder Haut, speziell bei aufgesprungenen Händen sich bewährt hat. O. Lasch-Breslau.

Über Perkaglyzerinsalben, von ALFRED STEPHAN-Wiesbaden. (B. kl. W., 1917, Nr. 12.) Verf. hat das Perkaglyzerin hinsichtlich seiner pharmazeutischen Verwendbarkeit geprüft, insbesondere wie weit es zur Herstellung von Salben Verwendung finden kann. Er hat gefunden, daß es gärungswidrige, bzw. antiseptische Eigenschaften in stärkerem Maße als Glyzerin besitzt, in seinen hygroskopischen Eigenschaften kaum von letzterem abweicht. Es ist aber auch ein Ersatzmittel für aus Vaselin und Lanolin bestehende Salbengrundlagen, zudem billiger. Eine Anzahl Rezeptformen mit Ungt. Perkaglycerini als Salbengrundlage sind beigegeben. E. Klemm-Leipzig.

Tod durch Sublimatintoxikation von der Scheide aus, von VOLLMER. (Zschr. f. Mbeamte., 1917, Nr. 19.) Eine in der zehnten Schwangerschaftswoche befindliche Gravida hatte sich eine Sublimatpastille zum Zweck der Abtreibung in die Scheide gesteckt. Elf Tage danach erfolgte der Tod. Die Sektion ergab unter anderem diphtherische Veränderungen der Scheide, der großen und kleinen Schamlippen sowie des Schlundes. Der Zweck war nicht erreicht worden. E. Klemm-Leipzig.

Die Gefahren des grauen Öls, von GAUCHER. (W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 33/34.) Berichte, denen zufolge die übliche Therapie von grauen Ölinjektionen teils schwerste Veränderungen, Stomatitiden, Nekrosen, Enteritis und Ähnliches, teils den Exitus herbeiführte. H. Vörner-Leipzig.

Über die Desinfektionskraft komplexer organischer Quecksilberverbindungen. III. Mitteilung. Merkurierte Phenole, von WALTHER SCHRAUTH und WALTER SCHÖLLER-Berlin. (Zschr. f. Hyg., 1916, Bd. 82, H. 2.) Die Natriumsalze der Oxyquecksilberphenole

Digitized by Google

besitzen den Natriumsalzen der entsprechenden Oxyquecksilberkarbonsäuren gegenüber eine nicht unbedeutend höhere Wirksamkeit. Im übrigen finden jedoch die Gesetzmäßigkeiten, welche sich bei den Oxyquecksilberkarbonsäuren mit der Substitution von Benzolkernwasserstoffatomen in bezug auf das Wirkungsresultat ergaben, auch bei den hier geprüften Oxyquecksilberphenolen ihre volle Bestätigung. Das Oxyquecksilber-o-chlorphenolnatrium und das Dioxyquecksilberphenolnatrium besitzen den geprüften Bakterien gegenüber in fast gleichmäßiger Weise eine Wirksamkeit, die sie unter den bisher bekannten Desinfektionsmitteln mit an erster Stelle erscheinen lassen muß. Die Präparate gewinnen jedoch, wie die Alkalisalze der aromatischen Oxyquecksilberkarbonsäuren und -phenole überhaupt, an praktischer Bedeutung durch den Umstand, daß diese Verbindungen im Gegensatz zu allen bisher bekannten chemischen Substanzen eine Abschwächung ihrer Desinfektionskraft auch bei Gegenwart von Seife nicht erfahren und außerdem in Seifen, die vorwiegend aus den Alkalisalzen gesättigter Fettsäuren bestehen, dauernd unzersetzt haltbar sind. Infolgedessen müssen die unter Zusatz der genannten Quecksilberverbindungen hergestellten Desinfektionsseifen, die auch von der Haut ohne jede Ätz- und Reizwirkung vertragen werden, einerseits zur Reinigung und Desinfektion der Hände vor der Vornahme von Operationen, vor und nach gynäkologischen Untersuchungen, zur Desinfektion ärztlicher Instrumente usw. als besonders geeignet erscheinen, andererseits bei parasitären und bakteriellen Haut- und Haarkrankheiten (Furunkulose, Acne vulgaris, Seborrhoe u. a.) als wohl brauchbare Therapeutika gelten. Die auf Grund eingehender Spezialuntersuchungen in den Arzneischatz eingeführten Präparate dieser Art (Afridol- und Providolseife) haben diesen Erwartungen durchaus entsprochen, in allerletzter Zeit hat sich insonderheit die Providolseife in einer den gegebenen Verhältnissen besonders angepaßten Form auch für die Behandlung der Räude bei Pferden als äußerst wirksam erwiesen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die Zirkulation des Quecksilbers im Organismus, von Svend Lomholt. (Bibliotek f. Laeger, 1916, H. 9.) Der Verfasser hat eine neue Methode zur Hg-Bestimmung im Organismus während einer Hg-Kur ausgearbeitet. Auf seine Analysen fußend kommt er zu folgenden Ergebnissen: Die Hg-Resorption geschieht schneller als die Ausscheidung, so daß das Hg nach und nach und in steigender Menge in den Organen und Geweben abgelagert wird. — Nach dem Aufsaugen verteilt sich das Hg über den ganzen Körper. Auch in der Spinalflüssigkeit gelang es dem Verfasser, das Hg bei jeder von drei Analysen nachzuweisen. Das meiste wurde in den Nieren gefunden, danach in der Leber. Bedeutende Mengen auch im Darmkanal und zum Teil in der Milz und im Herz, weniger in den Lungen und Muskeln, dagegen im Gehirn und Fettgewebe nur ganz wenig. Der Inhalt sowohl des Dünndarms wie des Dickdarms enthielt reichliche Mengen. Von den Körperflüssigkeiten enthielt das Blut konstant ziemlich reichliche Mengen: 1—2 mg pro Liter. Die Hg-Ausscheidung findet durch den Urin, den Stuhl, den Schweiß und den Speichel statt. Die Lungen dagegen scheinen kein Hg auszuscheiden. Die Hauptausscheidungswege sind die Nieren und der Darm. In der Regel gehen während einer Hg-Kur $^2/_3$—$^5/_6$ der gesamten Ausscheidung durch die Nieren. W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Der für dieses Jahr beabsichtigte, in Kopenhagen unter dem Vorsitze von Prof. C. Rasch abzuhaltende Kongreß der **Nordischen Dermatologischen Vereinigung** wird der Zeitverhältnisse wegen nicht stattfinden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. Juni 1918 | Nr. 24 | Band 66

Wassermannsche Reaktion im Serum des Primäraffekts.

Von

Oberarzt Dr. Eicke, z. Z. bei einem Kriegslazarett.

Die Diagnose des syphilitischen Primäraffekts ist eine bakteriologisch-klinische. Sie wird es stets bleiben, denn bei aller Feinheit und allen theoretisch noch möglichen Verfeinerungen können die hier zur Verfügung stehenden serologischen Untersuchungsmethoden niemals die Bedeutung erlangen, die dem Nachweis des Erregers zukommt. Die nachstehenden Untersuchungen, die wir auf Anregung von Prof. Wechselmann hin unternahmen, haben daher weniger praktisches als theoretisch-wissenschaftliches Interesse. Unseren Untersuchungen lag die Frage zugrunde, ob das Serum des Primäraffekts komplementbindende Stoffe bereits zu einer Zeit enthält, wo sie im Blutserum noch vermißt werden. Die Beantwortung dieser Frage ließ eine Erklärung erwarten, ob und in welcher Weise an dem Zustandekommen der Wassermannschen Reaktion Produkte beteiligt sind, die einer unmittelbaren Lebensäußerung der Spirochäten oder der durch sie gesetzten Gewebsveränderungen entstammen. Hier erschien gerade der Primäraffekt zu einer Zeit, in der es noch nicht zu einer Allgemeininfektion gekommen ist, als ein geeignetes Studienobjekt.

Die nur geringen zur Verfügung stehenden Serummengen schienen der Technik anfangs Schwierigkeiten zu bereiten. Es zeigte sich jedoch, daß es fast immer gelingt, 0,05 bis 0,1 ccm Schankerserum zu erhalten. Da wir in der Originalmethode nach dem Vorgang von Sachs mit Viertel-dosen arbeiten, war es möglich, das Schankerserum mit einem Extrakt und der Serumkontrolle anzusetzen. Die Gewinnung des Serums erfolgte in der Weise, daß nach mehrtägiger Reinigung des Schankers durch Kochsalzumschläge dieser energisch abgerieben und das Serum ausgequetscht wurde. Nach Feststellung des Spirochätengehalts im Dunkelfeld erfolgte das Absaugen des mittlerweile vermehrt angesammelten Serums durch eine Kapillarpipette nach Art einer Augentropfpipette.

Daß die Blutabnahme zur selben Zeit stattfand, daß das Schankerserum und das Blutserum im selben Wassermannschen Versuch unter gänzlich gleichen Bedingungen geprüft wurden, war selbstverständliche Voraussetzung. Eine Schwierigkeit ließ sich nicht ganz ausschalten. Es war nicht immer möglich, absolut zellfreies Serum zu erhalten und bakterielle Beimengungen zu vermeiden. So erklärt sich zum Teil das häufige Vorkommen nicht völliger Lösungen oder gar Eigenhemmungen der Serumkontrolle. In unserer Zusammenstellung sind 17 Fälle, die bereits positiven Blut-Wassermann aufwiesen, nicht mit aufgenommen. Es erwies sich hier eine völlige Übereinstimmung im Reaktionsausfall zwischen Blut- und Schankerserum. Eine quantitative Austitrierung zur Feststellung eines

Digitized by Google

Name	Ansteckung erfolgte vor	Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blutserum: Herz-Extrakt	Blutserum: Lues-Extrakt	Blutserum: Kontrolle	Schankerserum: Lues-Extrakt	Schankerserum: Kontrolle	Blutserum	Schankerserum
1. Ja.	5 Wochen	c	fc	c	fc	c	—	+
		Stern: negativ						
2. Gi.	6 „	c	c	c	st	fc	—	—
		Stern: negativ						
3. Ju.	4 „	fc	c	c	st	c	—	±
		Stern: negativ						
4. Un.	6 „	m	st	c	st	c	+	±
5. Ko.	4 „	fc	c	c	fc	c	—	±
		Stern: positiv						
6. Gr.	4 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
7. Ka.	8 „	st	m	c	0	fc	+	Hemmung d. Kontrolle
		Stern: positiv						
8. Gä.	4 „	c	c	c	0	fc	—	„
		Stern: negativ						
9. Mei.	7 „	c	c	c	0	fc	—	„
		Stern: positiv						
10. Ma.	3 „	c	c	c	st	c	—	+
		Stern: negativ						
11. Ho.	4—5 „	c	c	c	st	c	—	+
		Stern: positiv						
12. Pie.	4—5 „	fc	st	c	st	c	+	+
		Stern: positiv						
13. Schn.	4 „	st	fc	c	m	c	+	++
		Stern: positiv						
14. Kr.	4 „	c	c	c	fc	c	—	±
		Stern: negativ						
15. Kra.	7 „	c	c	c	fc	c	—	±
16. Schi.	4 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
17. Vo.	3 „	c	c	c	st	c	—	+
		Stern: negativ						
18. Be.	4 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
19. Lu.	7 „	c	fc	c	fc	c	—	±
		Stern: negativ						
20. Lö.	4 „	c	fc	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
21. Sa.	6—8 „	st	fc	c	w	c	+	+++
22. Ul.	6 „	—	st	c	Sp	fc	+	Nicht zu bewerten, da Hemmung der Kontrolle

Digitized by Google

Name	Ansteckung erfolgte vor	Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blutserum: Herz-Extrakt	Blutserum: Lues-Extrakt	Blutserum: Kontrolle	Schankerserum: Lues-Extrakt	Schankerserum: Kontrolle	Blutserum	Schankerserum
23. Kru.	4 Wochen	m	m	c	w	fc	++	Nicht zu bewerten, da Hemmung der Kontrolle
		Stern: positiv						
24. Ze.	5 „	fc	w	c	0	st	++	„
		Stern: positiv						
25. Ha.	5 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
26. Pl.	6 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: positiv						
27. Mei.	7 „	st	fc	c	0	c	±	++++
		Stern: positiv						
28. Spr.	7 „	c	c	c	fc	c	—	±
		Stern: negativ						
29. Pi.	5 „	st	st	c	0	fc	+	Nicht zu bewerten
		Stern: positiv						
30. Schu.	5 „	st	st	c	0	fc	—	„
		Stern: negativ						

Erklärung der Zeichen: 0 = keine Hämolyse, Sp = Spur, w = wenig, m = mäßig, st = stark, fc = fast komplett.

verschiedenen Hemmungskörpergehaltes war angesichts der geringen Serummengen nicht möglich. Wir bedienen uns in der Zusammenstellung zur Bezeichnung der Hämolysengrade der Zeichen 0, Sp, w, m, st, fc, c. Die Wiederholung des Ergebnisses in der letzten Spalte erfolgt, um in der üblichen Bezeichnungsweise eine bessere Übersicht zu geben, wobei sich natürlich eine Übereinstimmung mit den Hämolysengraden nur annähernd festlegen läßt.

Die vorstehende Zusammenstellung läßt uns sofort erkennen, daß der Wassermannschen Reaktion mit dem Schankerserum keinerlei diagnostische Bedeutung zukommt. Der Ausfall zwischen Wassermann im Blut- und Schankerserum ist durchweg gleichsinnig, so daß von einem Mehrgehalt des Schankerserums an komplementbindenden Stoffen nicht gesprochen werden kann. Höchstens drei Fälle könnten in diesem Sinne gedeutet werden: Fall 13, 21 und 27, wobei bei Fall 13 der Unterschied immerhin ein recht minimaler ist. Nur Fall 21 und 27 erfüllen, wir sagen scheinbar, alle Forderungen einer positiv zu bewertenden Reaktion: völlige Lösung der Kontrolle, geringe bzw. keine Lösung im Versuch. Beide Fälle liegen hinsichtlich ihrer Inkubation am Umschlagstermin der Wassermannschen Reaktion, so daß die Annahme einer erhöhten lokalen Reaginproduktion im syphilitischen Produkt kurz vor dem Auftreten im Blut nicht von der Hand zu weisen wäre. Dennoch möchten wir diesen beiden Ausnahmen keinerlei Beweiskraft zuerkennen, und zwar aus folgenden Gründen. Wie unsere Zusammenstellung zeigt, kam es in sieben Fällen nicht zur völligen Lösung der Kontrolle. Wenn man nun auch im allgemeinen im Versuch

Digitized by Google

mit stärkeren Hemmungen in diesen Fällen zu rechnen hat, so ist es dennoch auffällig, daß diese Steigerung so ungleich stärker ist, als man sie sonst zu sehen gewöhnt ist. So liegt die Vermutung nahe, daß in dem an Spirochäten, ihren Endotoxinen und anderen Bakterien unendlich reichen Serum im Zusammenwirken mit dem Extrakt stärkere komplementbindende Kräfte zur Geltung kommen, die man sonst bei sterilem Blutserum vermißt. Wir möchten diese Annahme auch für die Fälle gelten lassen, die trotz völliger Lösung der Kontrolle Hemmung im Versuch zeigten. Erst kürzlich hat Lange [1]) darauf hingewiesen, daß negative Seren bei Aufbewahrung infolge von Bakterienentwicklung, obwohl die Kontrolle völlige Lösung zeigt, positiv ausfallen können. Er begründet diese Erscheinung damit, daß der bei der Wassermannschen Reaktion verwandte Komplementüberschuß von etwa 3% zur Lösung der Kontrolle noch vorhanden ist, daß er aber unter dem Zusammenwirken von Extrakt und Serum völlig aufgebraucht wird, so daß Hemmungen resultieren. Wenn wir für uns also ablehnen müssen, aus diesen beiden Fällen Schlüsse zu ziehen, so ist doch immerhin eine sich hieraus ergebende Tatsache auffällig. Wie unsere Zusammenstellung zeigte, fanden wir in einer Anzahl von Fällen keine völlige Lösung der Kontrollen. Unter 16 Fällen, deren Ansteckung nicht weiter als fünf Wochen zurücklag, fand sich dreimal eine geringe Hemmung der Kontrolle; davon zeigten zwei Fälle bereits positiven Stern, einer schwach positiven Blut-Wassermann. Unter acht Fällen, deren Infektion bereits zwischen sechs bis acht Wochen zurücklag, fand sich diese Kontrollhemmung viermal, von diesen hatten ebenfalls zwei positiven Stern und schwachen Blut-Wassermann. Diese Erscheinung der sich mehrenden Kontrollhemmung bei steigender Inkubationsdauer wird noch deutlicher bei einem Vergleich mit den untersuchten, bereits im Blutserum positiven Primäraffekten. Hier zeigten von zehn Schankerseren, sechs Hemmung der Kontrolle, und diese war durchweg stärker als in den oben aufgeführten Fällen und steigerte sich bis zur völligen Hemmung Einer Deutung dieser Befunde im Sinne derer beizutreten, die in der Eigenhemmung syphilitischer Sera ein Phänomen der Lues erblicken, erschiene uns verfrüht, zumal diese Frage an und für sich noch völlig umstritten ist und wir auch noch gar nicht wissen, wie sich eine Komplementbindung in solchen stark bakterienreichen Seren vollzieht.

Ergebnis.

Es galt festzustellen, ob im Reizserum des harten Schankers die Wassermannsche Reaktion bereits zu einer Zeit auftritt, zu der sie im Blutserum noch vermißt wird. Unsere Untersuchungen haben ergeben, daß Schankerserum und Blutserum gleichsinnigen Ausfall zeigen. Zwei Ausnahmen, in denen das Schankerserum positiv, das Blutserum negativ war, deuten wir als unspezifische Hemmungen, hervorgerufen durch den starken Bakteriengehalt dieser Seren. Hiermit ist auch die Tatsache der ungemein häufigen Kontrollhemmungen erklärt. Allerdings ist auffällig, daß diese mit steigender Inkubationsdauer häufiger wird, so daß die Annahme einer spezifischen Komplementbindung durch Serum und die etwa als Antigen fungierenden Spirochäten nicht von der Hand zu weisen ist.

[1]) Zschr. f. Immunitätsforschg., 1917, Bd. 26, H. 4.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Bartflechte.

Von

Oberarzt Dr. Richter in Plauen i. V.

Auf mehrfache Anfragen teile ich folgendes mit. Die Behandlung der Bartflechte geschieht nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Oberflächliche Bartflechte (Herpes tonsurans). Die betreffende Stelle wird 8—14 Tage eingepinselt mit Lösung:

Kal. permang.	50,0
Acid. boric.	30,0
Aq. dest.	1000,0.

2. Tiefgreifende, geschwürige Bartflechte (Sycosis profunda) wird behandelt mit Haarentfernung an den erkrankten Hauptstellen, täglicher Pinselung mit obengenannter 5%iger Lösung und darauf folgenden feuchten Umschlägen (Zellstoff, Papierbinde) mit Lösung:

Kal. permang.	2,50
Natr. bicarb.	10,00
Natr. chlor	0.25
Acid. boric.	1,5
Aq. dest.	1000,00.

Auch die hartnäckigste tiefgreifende Bartflechte ist durch konsequente derartige tägliche Behandlung in mehreren Wochen (3—5 Wochen) völlig zu heilen. — Der erkrankte Bezirk kann alle fünf Tage mit Wasser und Seife gewaschen werden.

Feuilleton.

Syphilisbehandlung oder Menschenbehandlung?

Von

Prof. Dr. Ludwig Merk in Innsbruck.

Ernest Finger zugeeignet.

Man muß zwei Arten zeitweilig unterbrochener Dauerbehandlung bei Syphilitikern unterscheiden, die bedingte und die unbedingte. Erstere wendet eine Reihe von Ärzten nur an, wenn sie bei den Befallenen syphilitische Erscheinungen sehen; die Anhänger der unbedingten hingegen wiederholen sie, auch wenn sich keine Zeichen der Krankheit zeigen. Daß die unbedingte Dauerbehandlung so zahlreiche Anhänger gefunden hat, darf vor allem deswegen nicht überraschen, weil die Beurteilung über das Wesen syphilitischer Vorgänge beim Menschen sich immer mehr vom klinischen Boden entfernt. In der Syphilis erblickt man eine Überschwemmung des Körpers mit Spirochäten. Durch sie würden im Körper des Menschen gewissermaßen kranke Erzeugnisse geschaffen, in denen man fesselnde Gewebebilder und diagnostische Aufgaben erblickt. Die Spirochäten fortzuschaffen und dadurch das von ihnen erzeugte kranke Gewebe zum Einschmelzen zu bringen, das ist das Ziel der landläufigen Behandlung. Solange man von den Erregern nichts wußte, sah man, daß nach einmaliger Kur die Krankheitskeime gleichsam nur „schlummern“ — allerdings ein sehr unwissenschaftlicher Ausdruck. Was Wunder, wenn man Rückfälle durch Einschaltung einer neuen Behandlungsreihe zu verhindern trachtete. Seit man die Spirochäten, ihre unfaßlich reiche Vermehrung kennt, ist das Bestreben, sie „im Schlummer“ zu vernichten, noch lebendiger geworden. Die Jarisch-Herxheimersche Erscheinung gleicht eher einem „Erwecken“ der Spiro-

Digitized by Google

chäten. Und weil man sah, daß luetische Krankheitserscheinungen unter gewisser Behandlung schwinden, so glaubte man, Behandlung der Syphilis sei gleichbedeutend und gleichwertig mit Vernichtung der Spirochäten, die auch dann angestrebt werden müsse, wenn sich keine Zeichen „ihrer" Betätigung erkennen lassen.

Daß dieser Gedankengang von Frankreich seinen Ausgang genommen hat, hat mich immer in Erstaunen gesetzt. Denn, soweit ich französische Ärzteerziehung und Ärzteheranbildung kenne, ist dort die Grenze zwischen theoretischen und praktischen Medizinern nicht so scharf gezogen wie in deutschen Ländern. Ich kenne französische Pathologen, normale und pathologische Anatomen, die Ärzte geblieben sind. Ihnen sollte der menschliche Körper als ein Gebilde erscheinen, das krank werden kann. Unsere Theoretiker aber sehen im menschlichen Körper allenfalls das Endglied einer eigentümlichen Entwicklungsreihe, nie hingegen ärztlich einen Gesunden, dessen ganzes Leben eine mehr oder minder unterbrochene Kette von Bestrebungen ist, sich mit den belebten und unbelebten Elementen seines Lebensraumes (Doflein[1])) abzufinden. Unsere pathologischen Anatomen weiter sind verleitet, den kranken Menschen als Arbeitsfeld der Krankheitskräfte, zumeist winzigster Lebewesen aufzufassen und kaum als einen die Gesundung anstrebenden Körper, dessen Kräfte sich mit der angedrungenen Schädlichkeit raufen. Solchen geht dann wohl das Wunderbare des natürlichen Heiltriebes vollständig verloren. Und doch soll es die vornehmste Aufgabe des gut gebildeten und richtig herangezogenen Arztes sein, die Heilkräfte zu erkennen und zu unterstützen. Krankheitsveränderungen im Körper sind sicherlich immer Gesundheitsstörungen, nicht jeweils aber Krankheit, vielfach Genesungsbestrebungen. Das eingedrungene Lebewesen, seine fortdauernde Anwesenheit kann daneben schließlich und endlich eine andere Rolle spielen. Was kümmert's jenen, daß er in jungen Jahren einen Lungenblutsturz hatte, im Auswurf noch viele Jahre später Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, und daß er die „schlummernden" Bazillen noch herumträgt. Aber er ist seinen Lebensweg weitergegangen, hat eigene Kinder großgezogen und eine soziale Stellung errungen. Was stören ihn die 1000 Demodex im Gesicht, was die Typhusbazillen, die einst seinen Darm heimgesucht hatten. Sein Körper ist mit ihnen fertig geworden. „Oder hat man — den in der wissenschaftlichen Medizin häufig vorgekommenen Fehler gemacht, daß man die Dinge zu sehr vom anatomischen und zu wenig vom biologischen Standpunkte betrachtete?" So klagt Bier in seinen gedankenreichen Beobachtungen über die Regeneration beim Menschen[2]). Ich reiche ihm mit meiner Denkweise gern die Hand. Nur hätte ich statt „biologischen" „klinischen" Standpunkt gesagt.

Wenn man die Syphilis als Kliniker, nicht als Spirochätenforscher, nicht als Schnittehobler, dessen Hände von Anilinfarben triefen, und auch nicht als Bakterienzüchter beschaut, dann vermeint man namentlich in den Gesundheitsstörungen, die die Haut durchmacht, Genesungsbestrebungen herauslesen zu können. Oder, was wollte der Körper dem Kliniker verraten, wenn in der Ausbruchszeit der Syphilis, nachdem die Lymphknoten dem Gifte entgegengearbeitet hatten, so sinnfällig in der Haut, im Rachen, Munde Ausschläge, Exantheme und Enantheme auftreten? Welchem Kliniker ist da noch nie die Ähnlichkeit des Verhältnisses des Körpers gegenüber den sogenannten akuten Exanthemen, insbesondere der Variola aufgefallen? Sogar das klinische Bild der einzeln herausgenommenen Ausschlagsform besitzt ähnliche Züge. Nur geht bei der Syphilis alles ganz unendlich träger und verzögert vor sich. Beweis dessen nicht nur die Bezeichnung Varicella syphilitica, petite und grande vérole. Beweis dessen vielmehr der Umstand, daß hier wie dort sich die Haut mit Entzündungszellen anschoppt, daß die Mitte der Anschoppung jeweils ein stärkeres Zerfallsbestreben erkennen läßt als die Umrandung. Neben dem reinen Fleck der luetischen Ausbruchsroseola findet man in ausgeprägten Fällen fast immer erhabene Flecke, sogar Papeln. Kratzt man dieselben, dann schuppen sie nur in der Mitte. Ist die Erscheinung entwickelter, dann stößt man in der Mitte auf ein kleines Geschwürchen, ein winziges Pustelchen, dessen Eiterinhalt vollends bei der Varicella syphilitica schon mit freiem Auge zu erkennen ist. Hier wie dort kommt es zu einer „Umstimmung" der Gewebesäfte, wie Neisser, vor allem aber Finger[3]) sich so unübertrefflich ausdrückt. Nur ist bei genesenden Blatternkranken

[1]) Franz Doflein, Das Tier als Glied des Naturganzen. B. G. Teubner, Leipzig und Berlin, 1914, 2. Bd. des Werkes: Tierbau und Tierleben, S. 763 ff. — [2]) D. m. W., 20. Dezember 1917, 43. Jahrg., Nr. 51. — [3]) Handbuch der Geschlechtskrankheiten von Finger, Jadassohn, Ehrmann und Grosz, 2. Bd., S. 896 ff. Alfred Hölder, Wien u. Leipzig, 1912.

Digitized by Google

die Umstimmung eine solche, daß der Körper des Erregers vollkommen, bei der Syphilis nur unvollkommen Herr wird. Spinne ich diesen Gedanken auch über die anderen ansteckenden Ausschlagskrankheiten, die gleichfalls zu einer Feiung des Körpers führen, so ist mir die syphilitische Gesundheitsstörung in der Haut zur Ausbruchszeit, vielleicht auch bei Wiederholungen, keine Krankheit, sondern eine Genesungsbestrebung des Körpers, ausgeführt durch die Hauttätigkeit. Bei Blattern, Masern, Syphilis kreisen zweifellos unendliche Millionen von Erregern in den Körpersäften. Just in der Haut kommt das zum Ausdruck, weil in ihr die Schutzarbeit vor sich geht und so nach alter Auffassung den Eindruck des Erkrankten macht.

Die Haut, deren mannigfache Kräfte und Verrichtungen noch lange nicht erkannt, vielfach sogar unterschätzt sind, ist in ihrer fortwährenden Außenstellung wie keine Körperstätte berufen, sich im Laufe der Eigenentwicklung des Menschen, aber auch im Laufe der Entwicklungsreihe im Tierreiche in den Schutzdienst hineinzuarbeiten. Ein geheimnisvoll begründetes Zielbewußtsein, fast ein Zielunterbewußtsein hat die Lehre von so wesensverschiedenen Krankheiten, den Haut- und Geschlechtskrankheiten, die durch Grenzpfähle, wie Salpingitis gonorrhoica — Neurofibromatosis, Bubo suppurans — Vitiligo, nicht zu umfassen sind, schon von jeher auf eine Lehrkanzel vereinigt. Nur Tabes und progressive Paralyse sind unerlöst in fremdem Besitz. Dadurch ist trefflichst angedeutet, welche Rolle man der Haut in dem Trauerspiele Syphilis dunkel ahnend zuteilte. Daß sie zuweilen versagt, darf nicht beirren. Im Gegenteil, zwischen Unzulänglichkeit und Vollendung führt eine reiche Stufenleiter, wie schließlich bei den Verrichtungen aller Körperstätten.

So nur wird allzusehr verständlich, daß ein menschlicher Körper, der noch keine Haut hat, gegen die Syphilis fast vollkommen wehrlos ist; daher die Schwere der angeborenen und ererbten Syphilis.

Staunenswerte Zufälligkeiten, wie sie in der heilenden Medizin eine so große Rolle spielen, haben uns Ärzten Mittel an die Hand gegeben, durch die wir der Haut bei ihrem Genesungstriebe gegen die Syphilis ebenso helfen können, wie wir ihr etwa durch Kleider beistehen, den Körper gegen Witterungseinflüsse noch besser zu schützen. Vor allen ist dies die Quecksilber-Schmierkur. Unglückseligerweise wurde der klinische Blick für die richtige Auffassung ihres Wertes dadurch getrübt, daß man ähnliche Wirkungen sah, wenn man Quecksilber innerlich darreichte oder einspritzte. Damit kam man ins Fahrwasser der Spirochätenforscher und sagte nicht, die Schmierkur unterstütze die natürlichen Heilbestrebungen des Körpers, sondern das „Quecksilber" „vernichtet" die Spirochäten. Den Gipfel dieser Denkweise erreichte man durch die Behauptung „quecksilberfester" Spirochäten oder „mangelhaft" durchgeführter Kuren, wenn die Behandlung mißlang, Rückfälle vorkamen oder die Krankheit in Rückenmarksschwindsucht und Hirnerweichung ausging. Die staunenswerte Wirkung des Jodkali ist unserem Verständnis derzeit noch immer nicht ganz erschlossen. Auf so vorbereitetem Boden erwuchs der Riese Ehrlich. Er war kein Kliniker, wußte nichts aus eigener Anschauung von natürlichen Heilkräften im menschlichen Körper. Ihm mußte die Sterilisatio magna als erreichbares Ziel vorschweben, und er glaubte sie durch sein Mittel erreicht. Noch kannte man das Verhalten des mit Neosalvarsan gelenkten Luetikers zur Syphilis nicht und jubelte Ehrlich von allen Seiten zu. Jetzt, und im Sinne vorliegender Ausführungen besehen, wissen wir, daß es Ehrlich erging wie einst Kolumbus, der den Weg nach Ostindien finden wollte und starb, ahnungslos, daß er neue Länder entdeckt hatte. Ehrlich fand lediglich ein ganz neues, aber außerordentlich wirksames Mittel, die Genesungskräfte des Körpers gegen die Syphilis in neuer Richtung kräftigst zu unterstützen.

Wer hingegen die Syphilis rein klinisch betrachtet und ihren Verlauf lediglich als Arzt durchdenkt, der wird sich erinnern, daß die Reihe möglicher Syphilis-Heilmaßnahmen durch die Trias Quecksilber-Arsen-Jod oder, genauer gesagt, Quecksilberschmierkur-Neosalvarsan-Jodkali nicht erschöpft ist. Freilich gehört sie Zeiten an, die man gern längst vergangen nennt, die sich auf Ansichten stützen, über die man die Nase rümpft und die man für überwunden hält. Und doch — um mit kleiner Abänderung an einen bekannten Spruch zu erinnern — „verachtet mir die alten Meister nicht und ehret ihre Kunst!" In ihren Ableitungs- und Stoffwechselkuren steckt ebenso ein gesunder Kern wie in der instinktmäßigen Behauptung ärztlich völlig Ungebildeter, daß man Ausschläge nicht vertreiben solle, sie schlügen sich sonst nach innen. Denn richtiger Trieb und richtiger Instinkt sind das Genie der Urteilsunfähigen. Daher das Sprichwort: Vox populi, vox dei.

Digitized by Google

Solche Versuche, den Stoffwechsel zu beeinflussen und die Stoffe abzuleiten, sind durch die Zittmannkur, Schwitzkur, durch die Hydrotherapie, durch strenge Kostvorschrift und Hungerkuren angestrebt worden. Die alten Kliniker wußten eben noch nichts vom Bau der Selachier als Grundlage für viele Eigentümlichkeiten im Bau des menschlichen Körpers, und die heutigen Physiologen kaum etwas, welche klinische Bewandtnis es habe, daß das Wirbeltierblut, das Menschenblut rot, nicht etwa grün oder blau wurde[1]). Es wird keine Weile dauern, daß die Schatzstücke aus der Kammer der alten Heilkunde von den jetzigen Klinikern emsiger hervorgesucht werden, und elementar muß sich die Überzeugung ans Licht drängen, daß die heute herrschende Trias unserer Syphilisheilmittel eine ganz andere Wirkungsweise hat, als man ihr derzeit zuzuerkennen pflegt. Vor allem, daß sie nicht unmittelbar Spirochäten töten oder giftfest machen. Man setze zu zentrifugiertem Menschenserum, wie es ja in unseren Wassermannlaboratorien in Hülle zur Verfügung steht, eines der Triasmittel. Die Zusatzmenge kann nicht klein genug gewählt werden, weil ihr Sättigungsgrad im Plasma bei den stärksten Vergiftungen mit ihnen jeweils ganz bedeutend unterboten ist. Man bringe dann lebensfrische Spirochäten, am besten aus Papeln eines papulo-squamösen Syphilides in solches Serum, betrachte sie im Dunkelfeld und wird staunen, wie unbeirrt behende sie sich stundenlang weiterbewegen. Ich habe seinerzeit so felsenfest an die Sterilisatio magna geglaubt, daß ich erfahrungslos, wie ich damals war, und schwörend auf die Worte des Meisters Ehrlich, einem Manne mit hartem Geschwür im schmerzhaft verengten Vorhautsacke die Lösung der Verengerung, das Einschmelzen der Lymphknoten für wenige Tage nach der vorgenommenen Einspritzung vorausgesagt hatte, wie man lodernde Diphtherie nach Serumeinspritzung verglimmen sieht, — und die Enttäuschung lange nicht begreifen konnte.

In meinen Vorlesungen gebrauche ich gern drastische Ausdrücke. Sie prägen sich dem Hörer leicht ein und erhellen ihm rasch wie ein Schlagwort meine Auffassung. Und so bezeichne ich das Streben, durch körperfremde Mittel Krankheitserreger im Körper abzutöten, als den Mottenstandpunkt. Ja, in Schafwollwaren pflegt man durch Kampfer, Naphthalin und ähnliche Mittel eine Sterilisatio magna anzustreben. Aber nur ganz Wenigen fällt auf, daß in der Wolle lebender Schafe sich nie Motten einnisten und daß umgekehrt auf dem haarigen Kalbfelltornister nie eine Trichophytie entsteht. Wer klinisch denkt, weiß das Verhalten des Lebenden zu seinem Lebensraume zu beurteilen. Nur in seltenen Fällen gelingt wahrhaft die Sterilisatio magna des Befallenen durch körperfremde Mittel; so bei Eingeweidewürmern und Kopfläusen.

Ich hatte vormals Gelegenheit, Antimerkurialisten bei ihrer Behandlung Luetiker zu beobachten. Gläubig erzogen, meinte ich bei den Befallenen alle höllischen Schrecknisse der Lues aufsteigen sehen zu müssen, wie sie die Fanatiker der Trias predigen. Mir war zumute wie etwa unseren Altvordern, als der heilige Bonifaz vor ihren Augen den Gottesbaum von Paderborn fällte. Die damaligen und viele seitherigen Erfahrungen lehrten mich, daß es eben sehr viele „Mittel" gegen die Syphilis gebe, daß eine große Zahl syphilitischer Erscheinungen verhältnismäßig leicht heilend zu beeinflussen ist, daß aber die längsten rückfallfreien Zeiten doch nur durch die Mittel der Trias herbeigeführt zu werden pflegen.

Einen ganz anderen klinischen Eindruck bekomme ich täglich deutlicher von den Verhütungskuren, zu denen vor allem die unbedingte, zeitweilig unterbrochene Quecksilber-Neosalvarsankur zu rechnen ist. Ich gehe hier absichtlich auf das in den üblichen Abhandlungen breitgetretene Für und Wider nicht ein, weil sich die Dauerbehandlung in erster Linie auf Zahlenausweise stützt, die man fast nach Belieben deuten kann und die allesamt sich von den hier erörterten Grundsätzen aus neuerlich anders deuten lassen. So z. B. decken sich wiederholte „energische" Kuren mit der Veranlassung hierzu, mit wiederholten Rückfällen, oder im Sinne meiner Ausführungen gesprochen, mit wiederholten Gesundheitsstörungen in der Haut, wiederholten Umstimmungsbestrebungen des Körpers vermittels der Haut. Ich glaube ferner, daß die ziffernmäßige Unterlage zur Beurteilung unbedingt durchgeführter Dauerkuren noch sehr jung und daher sehr mager ist. Hier muß ich eines Falles gedenken, dessen Beobachtung ich in späteren Zeilen noch weiterhin verwerten möchte, so vereinzelt und sonderbar ist er.

---

[1]) Eine Frage, der meines Erachtens auch nicht Doflein (a. a. O., S. 877 ff.) gerecht wurde. Er betrachtet die Dinge eben vom engeren biologischen und nicht vom weiteren klinischen Verhalten aus.

Digitized by Google

In Schlagworten: Am 8. August 1915 läßt sich 19jähriger, gesundheitstrotzender Mann bester Herkunft eine Verdacht erregende Stelle an der Vorhaut wenige Tage nach Ansteckungsgelegenheit ausschneiden. Bekommt in Wien von allererster ärztlicher Hand sofort gelegentlich der Entnahme der verdächtigen Stelle in die Armvene 0,45 Neosalvarsan. Im ausgeschnittenen Stück werden Spirochäten erkannt. Am 10. August 0,1 salizylsaures Quecksilber in die Gesäßmuskeln. Am 16. August kommt er zur Fortsetzung der Behandlung in meine Hand. Keine örtliche Lymphknotenschwellung, keine Allgemeinerscheinungen, freie Haut. Phthyrii, junge Brut. Bekommt sofort 0,05 Salizylquecksilber in die Gesäßmuskeln und Beginn der Schmierkur mit 2 Gramm grauer Salbe täglich. 23. August: Weitere 0,05 Salizylquecksilber. Ebenso am 31. August und 7. September. Am 18. September ist die 30tägige Schmierkur beendet, und ich gebe 0,9 Neosalvarsan in die Armvene.

Am 9. Dezember 1915 bei mir durchgeführte Blutserumreaktion negativ. Ebenso ein Jahr später, am 27. Dezember 1916. Völlig frei von irgendwelchen Krankheitszeichen. Ich halte ihn für genesen. Am 14. April 1917 apoplektiformer Anfall. Der behandelnde Arzt erkennt eine Endarteriitis luetica, die nach entsprechender Schmierkur (nicht unter meiner Leitung ausgeführt) voll zurückging. Seither sah ich den Kranken nicht.

Gegen dieses zweifellos erschütternde, aber auch seltene Ereignis kann ich ein „wenn" und „hätte" — als gänzlich unwissenschaftlich — nicht gelten lassen. Mich fesselte klinisch, daß nie Abwehrerscheinungen in der Haut zutage getreten waren. Es wird sich niemand dazu hergegeben, und sei er von der vorbeugenden Kraft einer „energischen Kur" noch so überzeugt, der sich mitten in derselben unbesorgt mit spirochätenhaltigem Material impfen läßt.

Die natürliche Schlußfolgerung aus dieser Auffassung des klinischen Verhältnisses der Syphilis ist selbstredend, mit der heilenden Hilfe so lange zuzuwarten, bis reichlich Genesungsbestrebungen in der Haut erscheinen. Das ist ja ein alter Grundsatz vormaliger Kliniker gewesen. Man wird ihn auch anstreben müssen, soweit es die Vernunft der Befallenen zuläßt. Nur ist der Ruf der Frühbehandlung und der zeitweilig unterbrochenen Dauerbehandlung, sowohl der bedingten und unbedingten, schon so tief in die Laienwelt eingedrungen, daß man aus psychologischen Gründen einen neuen Grundsatz nicht immer einhalten kann. Man kann sich manchmal mit einer einstweiligen Scheinkur, einer hinhaltenden Ableitungskur behelfen. Aber auch hier findet man den Kranken zumeist schon so gedrillt, daß man untreu werden muß. Man fährt in solchem Wasser als ärztlich heilender Freund eine Zeitlang recht gut, bis sich die Fälle häufen, in denen trotz bedingter oder unbedingter Behandlung die Blutserumreaktion nicht negativ werden will. Dann wachsen dem Arzte die bösen Nachteile des Verfahrens über den Kopf, der Kranke ängstigt sich und leidet fortan mehr von der Furcht vor Syphilis als je von der Syphilis selbst. Wie glücklich sind daneben die unbelehrten, unwissenden Kranken, namentlich des Ackerlandes. Der Arzt sieht schließlich nicht mehr die Spirochätenmassen vor sich, die er in der befallenen Person vernichten wollte, sondern einen tief bedrückten Menschen, dem er wieder zu normalem Empfinden verhelfen will. Vielfach vergeblich, denn der Kranke befindet sich jetzt in einer zeitweilig unterbrochenen Dauerangst vor der Syphilis und noch dazu in einer unbedingten. Besser, der Arzt trägt die Angst allein. Und hat er einen gemütsstarken Befallenen vor sich, der sich freut, erscheinungsfrei geworden zu sein, so nimmt er ihm unzählige Male Blut ab und sendet es so lange in Wassermannlaboratorien, bis eines einen positiven, vielleicht sogar nur einen schwach positiven Befund verlautbart. Dann hat er die Venia tractandi in der Tasche. Ich zähle augenblicklich in meiner Krankenschar sechs Ehehälften, die ich einer zeitweilig unterbrochenen, aber bedingten Dauerbehandlung mit den Triasmitteln unterzog, die schon mehrere Jahre in meiner Beobachtung stehen, deren Gegenüber dauernd frei geblieben ist, denen ich gegenseitig das Geheimnis der Erkrankung zu wahren wußte und deren körperliches und seelisches Behagen nichts zu wünschen übrigläßt. Die unbedingte Dauerbehandlung gleicht dem Stoß ins Leere, wenn sie zu Zeiten einsetzt, in denen der Körper nirgends Abwehr in Bewegung bringt.

Die Beobachtung der mit Ehrlichs Mittel behandelten Luetiker lehrte aber den Kliniker etwas Neues; das, was man Neurorezidive zu nennen pflegt. Von den Salvarsanschäden im engeren Sinne des Wortes sehe ich hier gänzlich ab, weil es sich mir hier nur um die klinische Beurteilung des Syphilitikers, nicht aber der mit Neosalvarsan Eingespritzten handelt. Ebensowenig paßt es mir, von der Salvarsanfurcht mancher Ärzte und von kleinen Dosen zu reden. Ich habe immer nur Ehrlichs Maximaldosis gegeben, diese aber pedantisch reinlich und genau nach Vorschrift. Ich ziehe Neurorezidive nur

Digitized by Google

insoweit in den Kreis meiner Betrachtung, als sie dem klinischen Bilde der Syphilis neue Züge entlockt. Als Neurorezidive bezeichnet man solche am Nervenapparat auftretende syphilitische Veränderungen, die man vor Ehrlich auch, aber weit seltener zu beobachten Gelegenheit hatte. Stellt man sich auf den Standpunkt, daß man mit unseren Syphilismitteln — und zwar nicht allein mit jenen der Trias — den natürlichen Heiltrieb des Körpers unterstützen, nicht aber die Spirochäten abtöten will, so sieht man, daß die Mittel es in bestimmten Wirkungskreisen tun, die sich mancherorts decken, mancherorts aber nicht. Die Mittel haben gewissermaßen ihre Machtbezirke. So die Schmierkur bei den Hauterscheinungen; das Neosalvarsan bei oralen Erscheinungen oder bei den Erkrankungen der großen Gefäße; das wunderbare und milde, keinesfalls ganz körperfremde Jodkali endlich bei den nächtlich verstärkten Schmerzen, den Beinhautauftreibungen und den Zerfallsformen der vorgeschrittenen Syphilis — um nur die Hauptwirkungen und auch diese ganz flüchtig zu umzeichnen. Nur auf das Nervengewebe im allerengsten Sinne des Wortes, wenn also das Zwischenglied erkrankter Gefäße fehlt, wissen wir noch keinen halbwegs so sicheren Einfluß zu üben. Möglich, daß er doch in Ehrlichs Mittel steckt, daß man aber die beste und bekömmlichste Art seiner Verwendung in solchen Fällen noch nicht erkennt.

Mir als Kliniker genügt es darauf zu verweisen, daß seit seiner Einreihung in unseren Arzneischatz die Syphilis mit den Neurorezidiven Züge gezeigt hat, die man vordem in diesem Umfange nie erfahren hat. Und hier weise ich nochmals auf die vorhin erwähnte Krankenskizze des jungen Apoplektikers hin, ohne indes den sonderbaren Verlauf dem Quecksilber, noch dem Neosalvarsan, wohl aber der Behandlung und ihrem Zeitpunkt als Ganzes in die Schuhe zu schieben.

Wer sagt nun uns armen, irrenden Ärzten, daß es nicht auch „Quecksilberrückfälle", Änderungen im Verlaufe der Syphilis durch den Einfluß des Quecksilbers gebe? Daß trotz der unleugbaren Unterstützung, die die Heilbestrebungen des Körpers vor allem durch die Schmierkur gewinnen, die Umstimmung eine solche wird, daß das klinische Bild der Krankheit auch durch das Quecksilber eine Ablenkung erfährt? Dabei rede ich absichtlich nicht von der Schmierkur allein, sondern vom Quecksilber als solchem, denn die hohen Dosen, die man durch die Einspritzungen, weniger vielleicht durch die innere Darreichung, dem Körper zuführt, sollen doch zu denken geben. Schmierkur mit wenig Quecksilber, nie weniger als 0,9 Neosalvarsan, nie weniger und nie mehr als 2 Gramm Jodkali im Tage sind so ziemlich immer meine Grundlinien bei der Anwendung der Trias gewesen.

Und nun durchblättere man einmal in diesem Lichte die alten Zahlenausweise: Oftmalige Behandlung ist gleichlaufend mit oftmaliger Abwehrbestrebung in der Haut. Unterschiede zwischen Stadt- und Landbevölkerung sind nicht unbedingt gleichlaufend mit geistiger oder körperlicher Arbeit, sondern auch mit häufigerer und seltenerer ärztlicher Beeinflussung, zumeist Quecksilberbeeinflussung überhaupt. Zunahme gewisser Folgezustände der Krankheit — vielleicht richtiger seltener Verlaufsform — ist gleichlaufend mit Zunahme besserer Beobachtung, aber auch mit Zunahme spezifischer Kuren. Seltenheit der Rückenmarksdarre, der Hirnerweichung bei Weibern ist gleichlaufend mit eigentlicher Unmöglichkeit, beim schamhaften Geschlechte Abtreibe-, Früh-, Dauerbehandlungen in großem Maßstabe durchzuführen, ist gleichlaufend mit allmonatlicher „Blutreinigung" oder „Ableitung" bei den Menses.

Die Sterilisatio magna, tam arsenicalis, quam mercurialis, quam aliunde bleibt das große, leider bisher unerfüllte Streben Großer. Und ich bestreite die wissenschaftliche Berechtigung der Weissagungen, abgeleitet aus gut oder schlecht oder ganz willkürlich eingeschätzten Behandlungen.

Noch liegt Vieles weit, weit jenseits zünftiger Betrachtung in der Lehre von der Lustseuche des Menschen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Anaphylaxie gegen Quecksilber, von M. Zigler-New York. (M. Record, 4. Nov. 1916.) Ein Patient erhielt wegen Syphilis Injektionen von Salizylquecksilber, die er anstandslos vertrug. Nach einer Pause von acht Monaten erlitt er ein Rezidiv. Als

Digitized by Google

er derselben Behandlung unterzogen werden sollte, zeigte es sich, daß er schon auf kleine, früher anstandslos vertragene Dosen mit Schweißausbrüchen, Durchfällen, Erbrechen, Schwäche und Kopfschmerzen reagierte. Trotzdem wurden die syphilitischen Erscheinungen günstig beeinflußt. Verfasser ist der Ansicht, daß es sich um echte Anaphylaxie handelt. R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Ausscheidungswege des Quecksilbers, von J. Almkvist. (Svenska Läkaresällsk. Handlingar, 1917, Nr. 3.) Verfasser ist zu dem Resultat gekommen, daß bei Quecksilbervergiftung eine Gefäßerweiterung in mehreren Organen stattfindet, teils der kleineren Arterien, zum größeren Teil aber der kapillären und kleinen Venen, wahrscheinlich infolge einer Gefäßlähmung durch die Einwirkung des Quecksilbers auf das Nervensystem. Diese Gefäßerweiterung hat er am meisten ausgeprägt gefunden in den Nieren, in der Magen-Darm-Schleimhaut und in der Leber, also in den Organen, wo die stärkste Quecksilberausscheidung und die größte Menge Quecksilber zu finden ist, ferner in dem Pankreas, den Speicheldrüsen, den Schweißdrüsen und (wenn auch sehr wenig) in den Talgdrüsen. In der Magen-Darm-Schleimhaut sieht man die größte Gefäßerweiterung oberflächlich unmittelbar unter dem Epithel und in den Darmzotten. Die Gefäßerweiterung ist im ersten Stadium verbunden mit einer Anschwellung der Drüsen, dann mit einer Rundzelleninfiltration, einer zunehmenden Transsudation von einem an organischen Stoffen sehr reichen Transsudat und endlich mit degenerativen Prozessen, die bis zu einer Gewebsnekrose und einem Gewebszerfall der Zotten geht. Nachher treten regenerative Prozesse ein. In dem erwähnten Transsudate findet sich Quecksilber, so daß im Magen-Darmkanal eine Quecksilberausscheidung ohne Drüsensekretion, direkt durch eine Transsudation stattfindet. Diese Transsudation einer quecksilberhaltigen Flüssigkeit mag wohl die Gefäßerweiterung nicht nur in der Schleimhaut des Magen-Darmkanals begleiten, sondern ebenso in allen den oben erwähnten Drüsenorganen, wo das Quecksilber die beschriebenen Gefäßerweiterungen hervorruft. In den Drüsenorganen muß aber das quecksilberhaltige Transsudat, um ausgeschieden zu werden, die Drüsenzellen passieren, und es hängt infolgedessen von den Eigenschaften dieser Zellen ab, wieviel Quecksilber abgesondert wird. Diejenigen Nierenzellen, welche gewöhnlich feste Stoffe sezernieren, scheiden auch selbstverständlich viel Quecksilber aus; alle die anderen Drüsen dagegen weniger. Infolgedessen enthält der Urin das meiste Quecksilber, die übrigen Drüsensekrete bedeutend weniger. Daß die Galle so ziemlich viel Quecksilber enthält, beruht darauf, daß die Leber ein so großes Organ ist. Die Ausscheidung des Quecksilbers im Magen-Darmkanal ist nicht an einen gewissen Teil des Kanals gebunden, sondern hängt von der Entwicklung der beschriebenen Gefäßerweiterung mit Transsudation ab. Da dieser Krankheitsprozeß in verschiedenen Fällen sich an verschiedenen Teilen des Kanals entwickelt, so wird auch der Hauptteil des Quecksilbers bald an dieser, bald an jener Stelle der Magen-Darmschleimhaut ausgeschieden. W. Holland-Kristiania.

Beiträge zur therapeutischen Jodwirkung, von H. Boruttau-Berlin. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1916, Bd. 18, H. 2.) Versuche haben dem Verfasser gezeigt, daß bei lange fortgesetzter Einverleibung kleiner Mengen Jod der überwiegende Teil des Jods prompt ausgeschieden wird und eine eigentliche Jodspeicherung nicht stattfindet. Ferner konnte Verfasser die blutdrucksteigernde Wirkung der Injektion isotonischer Jodnatriumlösungen bestätigen. R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Therapie der Jodnebenwirkung, von Wilh. Heinen. (M. m. W., 1917, Nr. 7.) Heinen nimmt mit anderen Verfassern an, daß die Jodakne auf Zersetzung des jodkaliumhaltigen Schweißes beruht, in welchem dem Azeton nahestehende Stoffe sich bilden. Durch tägliche Sodavollbäder (1—2 Hände voll Soda aufs Bad) gelang es, diese jodhaltige Zersetzung des Schweißes zu binden und zu entfernen. Jodakne und Schnupfen verschwanden in einem Tage. Jodkalium konnte dann ohne Beschwerden bei täglichem Sodavollbad weitergegeben werden. A. Witte-Bremen.

Eine einfache Jodprobe, von Josef Schumacher-Berlin. (M. Kl., 1916, Nr. 46.) Schumacher polemisiert gegen Hecht, weil dieser in Nr. 27 der Med. Klinik die von Schumacher angegebene Reaktion für geringe Jodmengen im Harn mittels 1%iger alkoholischer Benzidinlösung als komplizierter hingestellt habe als seine eigene mittels 3%iger H_2O_2-Lösung und Chloroform. Schumacher behauptet, seine Probe als „einfach, aber sehr empfindlich" für den praktischen Arzt, der diese Reagentien immer in seiner Apotheke habe, bezeichnet zu haben. Außerdem bestreitet er die Zuverlässigkeit der H_2O_2-Probe Hechts, bei der erst noch Chloroform nötig wäre, was sich bei der Benzidinprobe infolge der starken Braunfärbung erübrige. Zum Schlusse weist Schu-

Digitized by Google

MACHER noch auf die allereinfachste Jodprobe hin: auf ein Stück Filtrierpapier eine Tablette oder ein paar Körnchen Ammoniumpersulfat zu legen und etwas Speichel oder ein paar Tropfen Urin darauf zu bringen, worauf sich durch das frei werdende Jod die Zellulose des Papiers sofort bläut. O. Lasch-Breslau.

Eine einfache Jodprobe, von HUGO HECHT-Prag. (M. Kl., 1916, Nr. 27.) HECHT empfiehlt zum Nachweis von Jod im Harn eine einfache und sehr empfindliche Probe im Harn, die er als Kontrolle für den Gebrauch von Jodnatrium bei Syphilitikern im Lazarett verwendet hat, und welche Jod noch in einer Verdünnung von 1:15000 nachweist: „Man nimmt zwei Reagenzgläser, gießt in jedes 12—15 ccm des zu untersuchenden Urins, füllt dann das eine Röhrchen mit 3%iger Wasserstoffsuperoxydlösung bis zu $^9/_{10}$ des Inhalts auf, das andere ebensoweit mit Wasser; in dem ersteren wird sich bei Anwesenheit von Jod im Harn in 2—3 Minuten eine Braunfärbung einstellen, die bei größeren Mengen gold- bis tiefbraun sein kann, bei geringeren Mengen deutlich wird durch den Vergleich mit dem anderen Reagenzglase oder bei weißem Hintergrund. Um ganz sicher zu gehen, schüttelt man mit Chloroform aus; dieses färbt sich beim Vorhandensein geringer Jodmengen blaßrot, auch wenn vorher keine deutliche Braunfärbung vorhanden war. HECHT erwähnt eine von SCHUMACHER im Jahre 1915 angegebene Jodprobe mit 1%iger alkoholischer Benzidinlösung; diese Probe bezeichnet HECHT als empfindlicher, aber ungleich komplizierter. O. Lasch-Breslau.

Mangandioxyd-Hydrosol bei äußerer Anwendung, von L. SARASON-Meran. (M. Kl., 1917, Nr. 48.) Verf. hat von warmen Bädern mit Mangandioxyd-Hydrosol gute Erfolge gesehen gegen das lästige Jucken bei Pernionen. Außer den Bädern empfiehlt SARASON das Bestreichen der von Frostbeulen befallenen Finger mit Mangandioxyd-Hydrosol-Firnis. O. Lasch-Breslau.

Merarsol — ein Ersatzpräparat für Enesol, von OTTO KREN-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1916, Nr. 39/40.) Das Merarsol enthält analog dem Enesol sowohl das Quecksilber wie das Arsen organisch gebunden, ist zu etwa 4% in Wasser löslich und wird in 3%iger wäßriger Lösung in Ampullen zu 2 ccm in den Handel gebracht. Es kann die gleiche Toxizität angenommen werden. Es wurde eine störende Giftwirkung nicht ausgelöst bei einer jeden zweiten Tag vorgenommenen intramuskulären Injektion. Die spezifische Wirkung auf syphilitische Prozesse war keine energische, doch unverkennbar. Es ist ein vollwertiger Ersatz für das französische Enesol.
W. Chrzelitzer-Posen.

Über Modenol, von FREY. (D. m. W., 1916, Nr. 49.) Das Modenol, das an Stelle des französischen Enesols in den Handel gebracht wird, enthält 0,4% Hg und 0,6% As und ist eine wasserhelle Flüssigkeit, deren Einspritzung örtlich und allgemein sehr gut vertragen wird. F. beginnt mit 0,5 ccm der gebrauchsfertigen Modenollösung und steigt dann langsam bis zu 1 ccm. F. injiziert einen Tag um den anderen. Für eine Kur genügen im ganzen etwa 16 Spritzen. E. Brinitzer-Altona.

Moronal, von HARZBECKER. (Allg. m. Ztg., 1916, Nr. 50.) Moronal ist ein basisch formaldehydschwefligsaures Aluminium. Die Chemische Fabrik von Heyden, Dresden-Radebeul, hat dieses Präparat als Ersatz für Liquor Aluminii acetici hergestellt. Die therapeutische Wirkung ähnelt derjenigen des Liquor Aluminii acetici, hat jedoch den Vorzug, die Haut in keiner Weise zu mazerieren. Das Präparat wird in Tabletten zu 0,5 und 2 g abgegeben. H. hat mit 2%igen Lösungen gute Resultate erzielt, besonders als Gurgelwasser bei Anginen. E. Brinitzer-Altona.

Scharlachrot und Pellidol, von VICTOR L. NEUMAYER. (M. m. W., 1917, Nr. 20.) NEUMAYER teilt einen Fall von Milzbrandkarbunkel mit, bei dem nach längerer erfolgloser Anwendung der Pellidolsalbe durch Scharlachrot in fünf Wochen tadellose Heilung erzielt wurde. A. Witte-Bremen.

Über die Wirkung von Spermainjektionen, von T. A. VENEMA. (D. m. W., 1916, Nr. 46.) Wenn wir bei einem Tiere Sperma einführen, so entstehen unter anderem Antistoffe gegen das Sperma, Spermatotoxine. Ist es nun möglich, daß bei einem weiblichen Tiere die nach intraperitonealer Einspritzung von Sperma entstandenen Antistoffe imstande sind, eine Befruchtung zu verhindern? Verf. verfügt über zwei Kaninchenversuche, die dafür sprechen, daß ein immunisatorischer Zustand, eine „biologisch aufgeweckte Sterilität", für einige Zeit durch Spermainjektionen zu erzielen ist.
E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Angioneurosen.

Die zerebralen Begleiterscheinungen der Raynaudschen Krankheit, von J. H. Norman. (Lancet, 23. Dez. 1916.) An der Hand der Raynaudschen Originalarbeit und der übrigen Literatur über diesen Gegenstand bespricht der Verf. die zerebralen Störungen (Schwachsinn, Melancholie, Kopfschmerz usw.), die den lokalen Krankheitsprozeß meist begleiten, und führt kurz drei eigene Beobachtungen an. Sie betreffen Soldaten, bei denen im Anschluß an starke nervöse Erschütterungen im Felde Depressionszustände sich einstellten, verbunden mit lokaler Synkope und Asphyxie der Hände. Die Frage, ob die zerebralen Erscheinungen ebenfalls als Zirkulationsstörungen anzusehen oder ob beide durch andere Faktoren (Störungen der inneren Sekretion) hervorgerufen sind, ist zurzeit nicht zu entscheiden. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Hauterscheinungen nach Typhusschutzimpfungen, von J. Matko-Wien.) (W. kl. W., 1916, Nr. 45.) Nach der Berücksichtigung der lokalen Reaktion nach Typhusimpfungen wird das Vorkommen von Herpes labialis und Roseola erwähnt. Skarlatina- und masernähnliche Exantheme wurden selten beobachtet, sie traten einen Tag nach der zweiten Impfung auf. Die Roseolen entwickelten sich rasch in geringen Schüben und verschwanden bald. Ihr Ausbruch erfolgte am 1.—6. Tage nach der Impfung. Histologisch fand sich ein Ödem vereinzelter Papillarkörper mit Leukozytenanhäufung um die Gefäße, vielfach konnte ein Übergreifen des Ödems auf die Epidermis und in einzelnen Fällen auf die des tieferliegenden Schweißkanals bemerkt werden. Nur in einem Falle bot die Roseola ein ähnliches Bild dar, wie es Fränkel bei der echten R. typhosa beschrieben hat, weil der Patient allem Anschein nach im Beginn der Typhuserkrankung geimpft war. Außerdem wurden im Anschluß an die Typhusvakzination Erythema nodosum-artige Eruptionen beobachtet und histologisch untersucht.

H. Vörner-Leipzig.

Toxisches Exanthem im Verlauf von Typhus abdominalis, von Schöppler. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Bei einem bakteriologisch sichergestellten Typhusfall traten in den ersten Krankheitstagen unregelmäßig über den ganzen Körper verteilte hellrote bis linsengroße Flecken auf. Nach einigen Tagen mehr flächenhafte Ausbreitung des Exanthems in Quaddelform von Fünf- bis Zehnpfennigstückgröße. Vom 8. Krankheitstage verschwindet das Exanthem ohne Hautschuppung oder Pigmentierung. Die Erkrankung wird als toxisches Exanthem aufgefaßt, das durch Typhuserreger entsteht, die in die Blutwege gelangen und dort nach Auflösung durch die freiwerdenden Toxine wirken, ähnlich wie bei der Typhusroseola. A. Witte-Bremen.

Über Exantheme bei Cholera asiatica, von Leopold Arzt. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Bericht über vier Fälle. Das Exanthem tritt zunächst als kleine, meist braunrote Flecke, die stets konfluieren, auf. Die Lokalisation war in den einzelnen Fällen verschieden, zweimal waren die Beugeseiten der Arme befallen, zweimal die Gegend der Rippenbogen, einmal das Abdomen und die Vorderseite. Gesicht, Hals, Hände, Unterschenkel und Füße blieben stets frei. Hämorrhagische Veränderungen zeigte ein Fall in Form von kleinen punktartigen Blutungen, in allen Fällen fehlte jeder Juckreiz.

H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Beiträge zur Buchweizenerkrankung (Fagopyrismus) der Tiere, von Louis Merian-Zürich. (Arch. f. Anat., Phys., Phys. Abt., 1915.) Aus den Versuchen ergibt sich: Die Buchweizenkrankheit läßt sich bei Kaninchen und Meerschweinchen sowohl mit blühendem als auch mit grünem Buchweizen hervorrufen. Die Erscheinungen des Fagopyrismus machen sich nur an den weißen Abzeichen der Tiere bemerkbar. Sie bestehen in Rötung, Schwellung, Blasenbildung, Nekrose der Haut und Haarverlust. Die im Dunkeln gehaltenen und mit Buchweizen gefütterten Tiere zeigen keine Hautveränderungen. Das Auftreten der Hauterscheinungen geht mit dem Sonnenschein proportional, d. h. je mehr Sonnenschein, desto rascher treten bei den Versuchstieren an den weißen Abzeichen Hautveränderungen auf. Aus weiteren Versuchen ergab sich, daß im Rot- und Blaufilter die Hauterscheinungen nicht auftreten. Durch Filtration der Lichtstrahlen (Rot- und Blaufilter) ist es möglich, die weißen Hautpartien vor den Erscheinungen des Fagopyrismus zu schützen. Die rote Farbe ist ebenfalls als Schutzfarbe aufzufassen; durch die Einwirkung des Lichtes kann das Rotfilter seine Farbe verlieren und hell werden. Das Tier kann dann an den Erscheinungen des Fagopyrismus erkranken. Der Aufenthalt an einem dunkeln Ort schützt gegen die Erscheinungen des Fagopyrismus. Das elektrische Bogenlicht und die Röntgenstrahlen, die in den verabfolgten Dosen auf der menschlichen Haut Veränderungen hervorzurufen

Digitized by Google

imstande sind, konnten an den mit Buchweizen gefütterten Tieren keine Erscheinungen des Fagopyrismus auslösen. Das Quarzlicht scheint in seiner Wirkung dem Sonnenlicht am nächsten zu kommen. Mehrere Tage anhaltender, ununterbrochener Sonnenschein vermag bei weißen und weißgescheckten Meerschweinchen Vergiftungserscheinungen auszulösen, die denjenigen einer akuten Intoxikation gleichen. Meerschweinchen, bei welchen die Haare künstlich gefärbt wurden, erkrankten weder an den soeben geschilderten Erscheinungen einer akuten Intoxikation, noch an Hautveränderungen.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Über Luminal-Exantheme, von H. Strauss-Berlin. (Ther. Mh., 1917, Nr. 8.) Verf. nimmt Stellung zu den auch von anderer Seite beobachteten Arzneiexanthemen nach Luminalgebrauch. Er hat in zwei Jahren nicht weniger als fünfmal ein mehrtägiges juckendes, morbilliformes oder skarlatiniformes Exanthem beobachtet (in einem Falle erfolgte am Schluß auch Abschuppung). Da die Befallenen durchweg Herz- und Gefäßkranke waren, so hält Verf. für die Entstehung das zirkulatorische Moment — möglicherweise auf dem Umwege der Nieren? — von besonderer Bedeutung; die Tatsache ferner, daß bei zwei Fällen mit dem Erscheinen des juckenden Exanthems auch Temperatursteigerungen auftraten, erinnert Verf. an anaphylaktische Vorgänge analog denen bei den Serumexanthemen. E. Klemm-Leipzig.

Die Pellagra, von Louis Sambon. (Presse méd., 1916, Nr. 70.) In einem Vortrage gibt Verf. zunächst einen historischen Überblick über die Entwicklung unserer Kenntnisse der Pellagra, um dann näher auf deren Ätiologie einzugehen. Er weist auf die Gründe hin, die gegen die Maistheorie sprechen: Alter der Krankheit, geographische Verbreitung, Versagen der prophylaktischen Maßnahmen, die auf der Maistheorie basieren, und die Rezidive, die mit der toxischen Ätiologie nicht übereinstimmen. Schließlich geht Verf. auf seine Untersuchungen ein, um zu begründen, warum er annimmt, daß die Pellagra durch Insektenstiche übertragen wird. R. Frühwald-Leipzig.

Pellagra. Eine kritische Studie, von John Aulde. (M. Record, 29. Juli 1916.) Der Verf. berichtet über Diätversuche, die von Staats wegen in Amerika zur Klärung der Frage, inwieweit die Diät für das Entstehen von Pellagra verantwortlich ist, angestellt wurden. Es wurden in zwei verschiedenen Anstalten, in der einen von Pellagra freien Anstalt versucht, experimentell Pellagra durch Änderung der Diät zu erzeugen, und in der anderen, einer zum Teil mit Pellagrakranken belegten Anstalt, durch eine Änderung der Diät die Pellagra zur Heilung zu bringen. Zur experimentellen Hervorbringung der Pellagra wurde eine Diät mit ausschließlich stärkehaltigen Nährmitteln und gänzlich ohne Fleisch gereicht. Zur Heilung der Krankheit wurde ein halbes Pfund Fleisch täglich mit Gemüse gegeben und der stärkehaltige Nahrungsanteil reduziert. Es stellte sich heraus, daß im ersten Falle sechs Fälle von Pellagra auftraten, die sich zuerst in Darmstörungen, mit Appetitlosigkeit, Gewichts- und Kräfteabnahme, dann in nervösen Symptomen und zuletzt im Auftreten einer typischen Hauteruption äußerten. Im zweiten Falle wurde durch die fleischhaltige Diät eine Heilung bzw. Besserung sämtlicher pellagrakranken Insassen erzielt. Der Verf. glaubt aber, daß nicht die Diätzusammensetzung als solcher ein Wert für die Entstehung der Pellagra zukommt, sondern er glaubt, daß die Ursache derselben lediglich in einem Verlust des Körpers an Mineralsalzen, in einer Demineralisation zu suchen ist und weist durch Berechnung des Mineralgehalts der in beiden Fällen verabreichten Diät nach, daß tatsächlich durch die bei der experimentellen Erzeugung der Pellagra verabreichten Diät eine Demineralisation hervorgerufen wird. A. Gunsett-Straßburg.

Pellagra. Ihre Ätiologie und ihre Behandlung, von Yarbrough-Columbia. (M. Record, 2. September 1916.) Der Verf. faßt die Pellagra als das Resultat einer Autointoxikation auf, welche durch eine reine Kohlehydratkost bei vollständigem Fehlen von Protein zustande kommt. Diese Kohlehydratmengen werden im Magen rasch in das, was der Alkoholbrenner „sauren Brei" nennt, verwandelt. Die Produktion dieses „sauren Breies" dreimal täglich im Magen verändert die Resorptionsvorgänge derart, daß dieses gärende Material direkt, ohne die gewöhnlichen chemischen Veränderungen zu erleiden, in die Zirkulation übergeht. Das Resultat davon ist der unter dem Namen Pellagra bekannte Symptomenkomplex. Will man eine Heilung dieser Krankheit erzielen, so müssen die Kohlehydrate unter jeder Bedingung aus der Nahrung entfernt werden. Und jede Diätregelung ist unnütz, wenn sie noch Kohlehydrate, sei es auch in noch so geringer Menge, enthält. Außerdem soll verdünnte Salpetersäure, 30 oder 40 Tropfen in einem Glas Wasser, eine Stunde vor der Mahlzeit genommen werden. Ohne dieses Mittel ist auch die beste Regelung der Diät erfolglos. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Die Ätiologie der Pellagra, von B. W. Page. (M. Record, 13. November 1915.) Verf. hat in weiteren 600 Stühlen von 158 Pellagrösen den von ihm beschriebenen Bazillus gefunden und glaubt, ihn als den Erreger der Pellagra ansprechen zu dürfen.
R. Frühwald-Leipzig.

Ätiologie und Behandlung der Pellagra, von H. E. Bond-Kingston-Jamaika. (M. Record, 6. Mai 1916.) Nach der Ansicht des Verfassers ist die Pellagra mit der Addisonschen Krankheit verwandt. Die ätiologisch verantwortlichen Bakterien sind im Darm zu suchen, wie dies aus dem Jadol- und Skatolgehalt hervorgeht. Dann wird zunächst das sympathische und zentrale Nervensystem beeinflußt. In den Sonnenstrahlen sind aktinische Anteile, welche durch Reizung der Haut bei der Pellagra die Hautveränderungen verstärken können. Daß diese Annahme richtig ist, geht aus der guten therapeutischen Wirkung der innerlich gegebenen Darmantiseptika und der äußerlichen Verwendung von Schutzsalben hervor.
A. Gunsett-Straßburg.

Histologischer Befund in den Roseolen der Haut bei Wolhynischem Fieber, von Alexander Schmincke. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Die Roseolen wurden lebenswarm in 10%iger Formollösung fixiert. Es fand sich eine Erweiterung und starke Blutfüllung der Arteriolen des Stratum papillare und reticulare; um die Arteriolen zellige Infiltration aus Lymphozyten und vereinzelten Leukozyten; das perivaskuläre Gewebe ist ödematös; in den Lumina der Arteriolen Leukozyten und solche auf der Durchwanderung durch die Gefäßwand. Bakterien und Spirochäten (Giemsa und Levaditi) nicht aufzufinden. Die vorliegenden Veränderungen sind vorwiegend entzündlich exsudativ.
A. Witte-Bremen.

Pathologische und therapeutische Studie eines Falles von Riesenurtikaria, von Pagniez und Pasteur Vallery-Radot. (Presse méd., 23. Nov. 1916.) Die Versuche, welche die Verfasser in vorliegender Arbeit beschreiben, wurden an einem 29jährigen Kranken angestellt, der seit über einem Jahre an chronischer Urtikaria litt. Die Urtikaria trat bei diesem Patienten sowohl nach Einnahme von tierischem als von pflanzlichem Eiweiß auf und war bisher ohne allen Erfolg behandelt worden. Zunächst versuchten die Verfasser festzustellen, ob nach der Einnahme von pflanzlichem Eiweiß sich die beiden anaphylaktischen Hauptphänomen in der Zirkulation und im Blut nachweisen ließen, nämlich die Leukozytenverminderung und das Sinken des Blutdrucks. In der Tat, eine halbe Stunde nach Einnahme eines aus Brot, Kartoffeln, Bananen, Vichywasser und Wein bestehenden Frühstücks trat Pruritus auf, sodann sechs Stunden später sank die Leukozytenzahl von 5600 auf 2800 und der Arterienblutdruck von 9 auf 7,5, und eine Stunde später war der Urtikariaausbruch da. Dies ist die regelmäßig beobachtete Aufeinanderfolge der Erscheinungen. Derselbe Versuch wurde später auch mit tierischem Eiweiß gemacht, und in der Tat traten dieselben Erscheinungen nach einer aus mehreren Eiern und Milch bestehenden Mahlzeit in derselben Weise auf. Nach der Widalschen Auffassung sind es lediglich die Eiweißstoffe, welche den Urtikariaausbruch mit den vorhergehenden Erscheinungen des Blut- und Zirkulationsapparates hervorrufen. Gibt man den Kranken nur Zucker, so bleiben diese Phänomene ganz aus, ja man findet dann die gewöhnliche Verdauungsleukozytose und Blutdruckvermehrung. Dies war auch bei dem hier beobachteten Patienten der Fall. Außerdem zeigte der Patient noch während seiner Krisen eine Vermehrung der Gerinnungsgeschwindigkeit des Blutes, aber keine Veränderung des Pulses, der Temperatur, des Urins oder der Anzahl der roten Blutkörperchen. Bekanntlich ruft bei einem anaphylaktischen Tiere die Einspritzung einer Dosis n derjenigen Substanz, gegen welche das Tier sensibilisiert ist, sofort den Ausbruch der anaphylaktischen Erscheinungen hervor. Spritzt man dem Tiere aber nur einen sehr geringen Bruchteil dieser Dosis n ein, z. B. $^1/_{100}$ n, so kommen die anaphylaktischen Erscheinungen nicht zustande, ja das Tier wird sogar gegen die Dosis n immunisiert. Man nennt diesen Vorgang die „Antianaphylaxie". Die Verfasser benutzten diese Tatsache in ihrem Falle für einen therapeutischen Zweck. Sie gaben dem Kranken vor seiner Mahlzeit eine geringe Menge derjenigen Nahrungsmittel zu essen, von denen sie wußten, daß sie bei demselben Urtikaria hervorrufen, um ihn dadurch gegen seine Hauptmahlzeit zu immunisieren. Und in der Tat, wenn der Kranke um 9 Uhr 30 2 g Brot und 6 g Kartoffeln aß, so vertrug er um 10 Uhr 30 200 g Kartoffeln, 100 g Bohnen, 2 Bananen, 200 g Brot und 250 g Wein, ohne darauf mit Urtikaria zu reagieren.
A. Gunsett-Straßburg.

Zur Ödemfrage, von Hans Eppinger und Georg Steiner-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 2.) Auf Grund verschiedener Überlegungen kommen die Verfasser dazu,

Digitized by Google

Schilddrüsensubstanz in jenen Fällen von chronischen Ödemen zu verwenden, wo sich die üblichen Kardiaka und Diuretika als völlig unwirksam erwiesen hatten. Es wurde als Anfangsdosis eine Tablette (0,3 Schildrüsentrockensubstanz) gegeben, bei gutem Vertragen eventuell das Dreifache. Die sicheren Klappenfehler eignen sich nicht für diese Therapie, wohl aber die Ödeme infolge einer Nephritis. Eine Anzahl von Kurven dienen dazu, ihren Erfolg zu erläutern. Die Behandlung von Ödemen im Anschluß an echte Nephrosen (Amyloidniere) zeitigt die besten Erfolge. Auch bei den echten Nephritiden sind mitunter gute Resultate zu verzeichnen. In einigen Fällen zeigte sich allerdings ein stärkeres Hervortreten der Hämaturie. Bei kardialer Wassersucht (arteriosklerotische Schrumpfniere) wurde von dieser Behandlung abgesehen. Ödeme mit hohem Blutdruck bilden eine Kontraindikation. Auch bei den sicheren Zeichen einer Urämie möchten die Verfasser vor einer Thyreoidzufuhr warnen. Tierversuche ergaben den bedeutenden diuretischen Wert einer Thyreoidverabreichung. Ein Wasserquantum, das innerhalb einer gewissen Zeit beim normalen Tiere ausgeschieden wird, kann nach Schilddrüsenfütterung rascher und intensiver ausgeschieden werden. Umgekehrt ist beim thyreopriven Tiere die Diurese geringer als beim normalen. Kochsalz verläßt den Körper schneller, wenn Schilddrüse gefüttert wird, und wird stärker zurückgehalten, wenn die Drüse exstirpiert wurde. Beobachtungen an schilddrüsenkranken Menschen zeigen, daß der Basedowiker die Neigung hat, Kochsalz rasch zu eliminieren, ganz im Gegensatz zum Myxödem. Bei Nephritis ist die Ausscheidung verlangsamt, bei subkutaner Zufuhr des Kochsalzes noch mehr als bei einer solchen per os. Die Verfasser stellen sich vor, daß bei der Nephritis nicht nur die Endothelien der Glomeruli für Albumen permeabel werden, sondern daß auch an anderen Stellen, z. B. im Unterhautzellgewebe, Eiweiß aus dem Blutplasma in die Gewebsflüssigkeit übertreten kann. Unter dem Hinweis, daß Kolloide quellen und in diesem Zustande Wasser und Salze binden können, halten die Verfasser es für verständlich, daß wegen diesen atypischen Durchtretens von Eiweißmolekülen das Ödem der Nephritis eine Erklärung finden könnte. Die Ödeme bei Nephritis ließen sich gleichsam auf eine Albuminurie ins Gewebe zurückführen.

H. Vörner-Leipzig.

Ödemkrankheit, eine analbuminurische Nephropathie, von Margan Franke-Lemberg. (W. kl. W., 1917, Nr. 32.) Der Verfasser fand bei solchen Patienten eine Funktionsstörung der Niere (Milchzucker, Jodausscheidung). Er qualifiziert dieselbe als eine (Hypo-) Adynomie der Nieren. Das Krankheitsbild, von welchem die Funktionsstörung ein Teilsystem darstellt, ist nach ihm eine vaskuläre Nephropathie.

H. Vörner-Leipzig.

Über den Chemismus verschiedener Ödemformen, von W. Falta und M. Quittner-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 38.) Die Verfasser beschäftigen sich zunächst mit dem Ödem bei Diabetes. Die Ödembildung beruht hier auf einer starken Zurückhaltung der Chloride. Dieselben häufen sich nicht wie beim Normalen im Blute an, sondern wandern ins Gewebe, während die Ausscheidungsprodukte wie Harnsäure, Harnstoff usw. zum großen Teil im Körper zurückgehalten werden. Da Natriumbikarbonatzufuhr den Chloridgehalt des Blutes erhöht, so erzeugt dieselbe beim Diabetiker Ödem. Die Kriegsödeme beruhen auf einer enormen Ausschwemmung von Chloriden, während die Stickstoff- und Harnsäureausscheidung unbeeinflußt bleibt. Durch Natriumbikarbonat werden geradeso gut Ödeme erzeugt wie beim Diabetes. Beim Stauungsödem leidet der Abtransport der Stoffwechselschlacken. Um die osmotische Spannung im Gewebe aufrechtzuerhalten und die Stoffwechseleingänge der Zelle nicht zu gefährden, wird eine entsprechende Menge Wasser zurückgehalten.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Pathologie der Ödemkrankheit, von A. Schiff. (W. m. W., 1918, Nr. 48.) Bericht über 824 Fälle. Nähere Mitteilungen über Symptome, Verlauf, Genese und Therapie der Krankheit.

H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tanzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Juni 1918 | Nr. 25 | Band 66

Über die provokatorische Wirkung der Joddämpfe als Kriterium der Gonorrhoeheilung und ihre Verwertung bei der Demobilisierung.

Von

Priv.-Doz. Dr. J. Odstrčil, k. u. k. Stabsarzt, z. Z. i. F.

Die ärztlichen Erfahrungen, welche man während des jetzigen Krieges an einem großen Menschenmaterial bei verschiedenen Krankheiten — in ätiologischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht — zu sammeln vielfach Gelegenheit hatte, werden auch bei der Demobilisierung oftmals Nutzen bringen können. In nachfolgenden Zeilen erlauben wir uns über den Wert einer neuen verschärften provokatorischen Maßnahme, die für die Diagnose und Kontrolle der Ausheilung der Gonorrhoe sich uns bewährt hatte, zu referieren.

Während der Kriegsdauer hat jede Armee ihr eigenes, venerisches Zentralspital, und im Hinterlande hat jedes Militärkommando mindestens eine solche Sanitätsanstalt zur Verfügung. Werden bei der Demobilisierung die Armeespitäler aufgelöst, so müssen die Zentralspitäler des Hinterlandes für die zuwachsenden venerischen Kranken entweder bedeutend erweitert oder neue aufgestellt werden. Denn mit vollem Recht besteht bekanntlich die Anordnung, daß sämtliche während des Krieges in einem venerischen Spitale behandelten Militärpersonen einer neuerlichen, gründlichen Kontrolle bei der Demobilisierung unterworfen werden müssen. Die wichtigste Aufgabe der Spezialärzte wird nun darin bestehen, festzustellen, ob der frühere Krankheitsprozeß nicht vielleicht noch als latent infektiös fortdauert, denn die völlige sichere Ausheilung eines jeden ist für die Erhaltung der Volksgesundheit von eminenter Wichtigkeit. Jeder gewissenhafte Patient, der einmal Gonorrhoe oder Lues durchmachte und in ein venerisches Spital bei der Demobilisierung zur nochmaligen Kontrolle gewiesen wird, wird selbst einsehen, daß er sich einem strengen, eingehenden und gewissenhaften ärztlichen Verfahren ohne Murren und Zagen unterziehen muß. Doch es wird auch viele Widerspenstige geben. Sicher wird es auch dazu kommen, daß uns viele Kranke, um sich der neuerlichen Spitalsaufnahme zu entziehen, mit Bitten und Versprechen, sie würden sich bei guten Spezialisten privatim sofort nach ihrer Entlassung behandeln lassen, bestürmen werden. Doch darf uns das nicht beirren; wir können den Patienten nicht eher aus der Spitalsbehandlung entlassen, bevor wir uns die Überzeugung verschafft haben, daß die Entlassung ohne Nachteil für seine und seiner Angehörigen Gesundheit möglich ist.

Auf keine andere Erkrankung wird, nicht nur seitens des Volkes, sondern auch in besseren Kreisen, so wenig Gewicht gelegt, und keine

Digitized by Google

wird so leicht genommen wie die Venerie. Vielen Patienten genügt es, wenn bei ihnen nur die sichtbaren Erscheinungen (wie Ausfluß, trüber Harn) ausbleiben; das ist auch meist der Grund, daß es so viele chronische Gonorrhoen gibt. In jedem solchen Falle muß also ein gewissenhafter Arzt sich bemühen, festzustellen, ob eine tatsächliche Ausheilung der Gonorrhoe stattgefunden hat, oder ob die Erkrankung in einem chronisch latenten Stadium, wie es bei den meisten ehemaligen Gonorrhoikern der Fall ist, fortdauernd zur frischen Ansteckungsquelle werden kann, sobald das infektiöse Sekret, auf welche Art immer, auf neuen Nährboden gelangt.

Der Vorgang bei der Untersuchung wäre beiläufig folgender: Jeder Patient hat seinen frisch gelassenen Harn von 4—6 Stunden her bei der Urinvisite in 2—3 Portionen vorzuweisen, nachdem vorher die Urethra durch einen Arzt auf Anwesenheit von Sekret untersucht wurde. Nachher ist an 3—4 nachfolgenden Tagen jedes Sekretpräparat nach Gram gefärbt zu untersuchen, weil man bei diesen chronischen Fällen neben typischen intra- und extrazellulären Gonokokken, noch Gram-positive Kokken, Streptobazillen und zahlreiche Bakterienflora zu sehen pflegt.

Hat der Patient kein Sekret, so sind aus dem Harn dicke Fäden und grobe Flocken zur Untersuchung zu verwenden, oder sind solche nicht vorhanden, so müssen die kleinen, in einem Spitzglase sedimentierten Flocken mikroskopisch untersucht werden.

Auch darf man nicht vergessen, daß an der Unterhaltung der chronischen Gonorrhoe oft latente, chronische Prostatakatarrhe mit positivem Gonokokkenbefund schuld sind, obzwar sie vielmals einen klaren Harn in der 2.—3. Portion liefern; und doch sind diese alten katarrhalischen Veränderungen diejenigen Herde, von denen neue Infektionen ihren Ausgang nehmen.

Durch wiederholte ausgiebige Prostatamassagen soll man sich überzeugen, ob etwas Sekret zum Vorschein kommt; ist dies nicht der Fall, so ist eine Blasenspülung vorzunehmen und nach der Massage die Spülflüssigkeit zu sedimentieren oder für ein mikroskopisches Präparat zu zentrifugieren. Hat man es mit chronischen, follikulären und parenchymatösen Prostatitiden zu tun, bei denen auf einfache Fingermassage keine Sekretion zu erzielen ist, so führt man in die Urethra eine entsprechend starke Metallsonde ein und massiert per rectum leicht die Prostatalappen, um etwas Sekret zu gewinnen.

Ist auf diese angeführte Weise kein Sekret erreichbar und zeigen die stets vorhandenen groben wie die kleinen Flocken negativen mikroskopischen Befund in etwa 8—10 Präparaten, so dürfen wir uns damit allein nicht zufrieden geben. In solchen Fällen sind unbedingt noch provokatorische Eingriffe anzuschließen, weil diese uns zu vergewissern imstande sind, ob auch danach der Reiztropfen gonokokkenfrei geblieben ist. Die Urethralschleimhaut reagiert auf verschiedene Reizmittel verschieden rasch; deshalb sind nicht nur Sekrete, die 8—10 Stunden nach der provokatorischen Maßnahme auftreten, aufzufangen, sondern es sind auch noch jene, die erst am 2.—5. Tage erscheinen, zu mikroskopieren. Erst nach dieser eingehenden, stets negativ gebliebenen Untersuchung kann man beruhigt den Patienten zur Entlassung beantragen.

Digitized by Google

Welche provokatorischen Eingriffe werden zu diesem Zwecke am meisten geübt? Vor allem werden konzentrierte anorganische Silberlösungen, abwechselnd mit organischen, benutzt, dann wird häufig das Einlegen von kalten oder auf elektrischem Wege erhitzten Sonden mit nachfolgender Massage der Urethra oder Prostata in Anwendung gebracht. Diese drei Methoden sind schon lange praktiziert worden; in neuerer Zeit, so seit 8 Jahren, werden bei der chronisch-latenten Gonorrhoe als provokatorische Maßnahme intravenös oder intraglutäal polyvalente Gonokokkenvakzineinjektionen verabreicht, um eine vermehrte Sekretion dort zu provozieren, wo ein alter, versteckter Prozeß schlummert; man sucht so die Versicherung zu erlangen, ob der Untersuchte dauernd gonokokkenfrei ist oder nicht; natürlich ist es auch hier nötig, die künstlich erzeugte, vermehrte Sekretion einige Male nacheinander in mehreren nach Gram gefärbten Präparaten zu revidieren.

Wer sich viel mit den provokatorischen Reizmethoden beschäftigt hat, der wurde durch die Tatsache belehrt, daß bei einem Patienten der chemische, beim zweiten besser der mechanische oder thermische und beim dritten wieder nur der biologische Reizungsvorgang zum Ziele geführt hat, weil man wahrscheinlich den individuellen Eigenschaften der Urethralschleimhaut und der Gonokokkenstämme Rechnung tragen muß. Aus den gemachten Erfahrungen folgt, daß in den meisten Fällen die Notwendigkeit eintritt, daß wir die einzelnen provokatorischen Maßnahmen eine nach der anderen ausprobieren, von der einfachen zur komplizierten übergehend. Hervorzuheben ist jedoch a priori, daß die provokatorischen Vakzineinjektionen den großen Vorteil haben, daß man sie mit den anderen Reizmitteln zu gleicher Zeit anwenden kann, womit man vermutlich eine energischere Wirkung erzielen kann. Andererseits ist wieder damit zu rechnen, daß der Vorrat an Vakzine nicht unerschöpflich und die Nachschaffung nicht immer leicht ist.

Aus allen diesen angeführten Gründen kann es nur von Vorteil sein, wenn wir über einen neuen einfachen Eingriff berichten können, der sich als **verschärfter Maßstab** für die Beurteilung der Ausheilung einer chronischen latenten Gonorrhoe sehr zweckdienlich erwiesen hat. Es ist dies die provokatorische Kraft **des Jods „in statu nascendi"**.

Meine Versuche mit Joddämpfen habe ich im Jahre 1913—1914 begonnen und über das erzielte Resultat auf dem V. Kongreß böhmischer Ärzte und Naturforscher im Juni 1914 einen Vortrag gehalten, aus dem ich nur ganz kurz meine Erfahrungen zu rekapitulieren mir erlaube. Schon damals äußerte ich die Ansicht, daß dieses Medikament nicht so sehr bei subakuten, als vielmehr bei chronischen männlichen und weiblichen Gonorrhoen eine heilende und auch bakterizide Wirkung zu entfalten imstande ist; zugleich konnte ich die Beobachtung machen, daß seine **vorzüglichste** Bedeutung in dem provokatorischen Effekt der Gonokokkenausreizung bei den latenten Fällen gipfeln dürfte. Meine begonnene Arbeit konnte ich erst im Jahre 1917 fortsetzen, und so wie damals wurden wir auch jetzt von dieser auffallenden Eigenschaft des Jods überrascht. Nach Anwendung

Digitized by Google

der Joddämpfe konnten wir dort plötzlich Gonokokken entdecken, wo wir sie in 4—6 mikroskopischen Präparaten nach den gewöhnlichen Provokationen nicht mehr gesehen haben und wo wir sie niemals mehr zu finden erwarteten.

Ende 1912 wurden mir die Publikationen Professor JUNGENGELS bekannt, in denen er mitteilt, daß es ihm nach 22jährigen Bemühungen endlich gelungen ist, statt der Jodtinktur, das Jod „in statu nascendi" in Form von Dämpfen hauptsächlich für chirurgisch-therapeutische Zwecke erfolgreich zu verwerten. Daraufhin faßte ich den Entschluß, die Verwendbarkeit der Joddämpfe in der Therapie der Gonorrhoe zu prüfen. Jod in Substanz ist ein sehr flüchtiges Medikament, das schon bei Zimmertemperatur langsam verdampft; es siedet bei 180° C unter Entwicklung schwerer, braunblauvioletter Dämpfe.

JUNGENGEL trachtete mittels eines eigens konstruierten Apparates die durch eine regulierbare elektrische Wärmevorrichtung rasch erzeugten Dämpfe unmittelbar auf den Krankheitsherd zu leiten. Eine starke Platinspirale wird heißgeglüht in einem hohlen, aus Stabilit verfertigten Handgriff, der mit einem elektrischen Anschluß und einem Gebläse versehen ist. Mit dem Gummigebläse wird die erwärmte Luft über das Jod in Substanz getrieben, das in einem kleinen Behälter untergebracht ist. Die winzige Jodkammer ist mit einem gut eingeschliffenen Glasstempel dicht verschlossen; damit die sich entwickelnden Joddämpfe aus der Kammer entweichen können, hat der Stempel eine knieförmig gebogene, mit einem feinen Platinsieb versehene Bohrung, welche in ein schnabelförmig gestaltetes, längeres, gläsernes Mündungsrohr des Behälters führt; durch letzteres treten die Dämpfe aus. Auf diesen Glasfortsatz können mittels Gummirohr, das einen gemeinsamen Konus trägt, verschieden lange und verschieden kalibrierte Metallansätze aufgesetzt werden, je nach der Stelle, auf die man die Dämpfe zu applizieren gedenkt. Der Apparat funktioniert präzis und rasch; jedoch mit ihm ohne Assistenz zu arbeiten ist wegen seines Gewichtes nicht möglich oder mindestens zu umständlich. Zur Gebrauchsfähigkeit ist ein Akkumulator oder ein Anschluß an eine elektrische Leitung nötig, auch steht er sehr hoch im Preis und ist seit langer Zeit nicht mehr am Lager.

Als ich im Jahre 1917 wieder eine venerische Abteilung übernahm, ging ich daran, meine im Jahre 1913 begonnenen Versuche fortzusetzen. Um dies verwirklichen zu können, mußte ich mir mit einer Improvisation des JUNGENGELschen Apparates aushelfen.

Nach mancherlei Bemühungen habe ich mir zu diesem Zwecke folgende Vorrichtung ausgesucht. Ich verschaffte mir eine größere Glaskugel, die an einer Stelle ein Näpfchen für die Aufnahme des Jods in Substanz und an der entgegengesetzten ein kapillares Ausmündungsröhrchen trägt, weiter ist auf der Kugeloberfläche eine mit einem Stöpsel verschließbare Öffnung zum Einschütten des Jods und ein fingerdickes Ansatzröhrchen für ein Gebläse vorhanden; im Inneren der Kugel sind mehrere, fein zugespitzte Kapillarsysteme senkrecht zueinander gestellt wie bei einem Inhalationsapparat. Das ins Näpfchen gebrachte Jod wird über der Flamme oder in heißem Wasser allmählich stark erwärmt; schon nach wenigen Kompressionen des Ballongebläses treten die Joddämpfe

Digitized by Google

nach Passieren der Kapillarröhrchen beim Mündungsrohr heraus. In die Urethra anterior kann man die Dämpfe einblasen, indem man sie durch einen in die vordere Urethra eingeführten Ultzmannschen Katheter treibt; will man jedoch in den hinteren Teil der Harnröhre oder in den Blasenhals die Dämpfe applizieren, so dienen dazu der Guyonsche oder Nelatonsche Katheter. Beim langsamen Einführen eines dieser Instrumente geben die Patienten gewöhnlich ganz genau die erkrankte Urethrastelle an, worauf man diese mittels 15—20 Kompressionen des Ballons, bei Abschluß der Urethramündung, mit Dämpfen reichlich beschicken kann. Durch den Luftstrom wird bei dieser Vorrichtung die ganze Urethra weit ausgedehnt — die Schleimhautfalten glätten sich, die Drüsenmündungen klaffen, die Lakunen erweitern sich —, so daß die Joddämpfe besser und leichter als alle anderen Medikamente in alle Nischen, Buchten und Gänge eindringen und ihre Wirkung entfalten können; jede einzelne wunde Partie wird für sich so behandelt. Vor dem Einführen des Instruments in die Harnröhre hat man zu kontrollieren, ob die Entwicklung der Dämpfe im Gange ist; man probiert also früher an einer feuchten Oblate oder an einem Stückchen feuchter Gaze aus, ob sich die Dämpfe durch violette Verfärbung markieren. Diese Improvisation ist handlich, leicht, billig zu haben und kann jederzeit in Betrieb gesetzt werden, da Jod, Flamme und eine Metalluftpumpe statt eines Gummigebläses bald zu beschaffen sind.

Als ich im Besitze dieses Instrumentariums war, begann ich sofort meine Versuchsreihe fortzusetzen. Meine Erfahrungen stützen sich auf die Beobachtung von 256 joddampfbehandelten Fällen von chronischer Gonorrhoe. Wir gehen folgendermaßen vor: solange Ausfluß besteht, wird mit antiseptischen, später mit adstringierenden Flüssigkeiten gespült; ist kein Sekret mehr vorhanden, sondern nur leicht wolkiger Harn mit Eiterflocken, so beginne ich mit allmählich steigenden tiefen Kupfer-, Lapis-Albargin- und Protargolinstallationen zu behandeln und mit noch stärkeren zu provozieren. Verbleibt das Reizsekret in 4—5 Präparaten negativ, so führe ich Sonden zur Massage der Urethra und Prostata ein. Verändert sich auch diesmal der mikroskropische Befund in weiteren 2—3 Untersuchungen nicht, so gebe ich mich auch damit keineswegs zufrieden, sondern nehme meine Zuflucht zu dem sehr energischen Eingriff — zum Einführen der Joddämpfe in die Urethra — und warte noch das Resultat dieser Maßnahme ab. Kommen auch auf 2—3malige Anwendung dieser verschärften Reizmethode keine Gonokokken zum Vorschein, und sind auch nur wenige Eiterzellen im mikroskopischen Bild sichtbar, so ist der Fall als ausgeheilt und nicht mehr infektiös zu betrachten.

Zu dieser Behauptung fühle ich mich aus dem Grunde berechtigt, weil bei solchen Kranken fast niemals vorgekommen ist, daß bei ihnen durch nachträgliche Vakzination im provozierten Sekret noch Gonokokken zu finden gewesen wären. Ebenso war es andererseits auch nur ein Ausnahmefall, wenn durch spätere Joddämpfeapplikation positiver Befund nachgewiesen werden konnte, trotzdem vorher die Vakzineinjektionen keine Gonokokken zutage gefördert hatten.

Digitized by Google

Ich bin der Ansicht, daß diese zwei erprobten Methoden sich zweckdienlich ergänzen und die Kombination beider Mittel uns sehr oft nützliche Dienste leisten kann; wenn also nach Anwendung beiderlei Arten das Reizsekret gonokokkenfrei befunden wurde, so können Arzt wie Patient beruhigt und zufrieden in die Zukunft blicken.

Aus den gemachten Beobachtungen geht hervor, daß die von mir ausgearbeitete provokatorische Reizung der Urethralschleimhaut mit Jod „in statu nascendi" bedeutend bessere Resultate zu liefern imstande ist als die chemische und mechanische, ja sie hat auch manchen Vorzug vor der biologischen; man reizt nämlich früher die Urethra zur Sekretion und kann also rascher die Untersuchung beenden, was den Vorteil hat, daß Überfüllungen der Spitäler leichter vermieden werden können. Nebenbei ist die Herstellung der Vakzine an die Leistungsfähigkeit anderer, bakteriologischen Laboratorien gebunden. Von mancher Seite wird auch die intravenöse Vakzineinjektion perhorresziert, die intraglutäale hinwiederum ist in diagnostischer Hinsicht nicht mehr so rasch wirkend und verläßlich. Ein Bedenken gegen das Einblasen der Dämpfe in die Harnröhre kann nicht aufkommen, da sie trotz ihrer stark bakteriziden und provokatorischen Kraft niemals zur Strikturbildung oder einer anderen Harnröhrenschädigung geführt haben, wie dies ab und zu konzentrierte provokatorische Lösungen verursachen können. Bestehen als ursächliches Moment einer chronisch latenten Gonorrhoe weiche Urethralstrikturen, so kann man durch Kombination der Joddämpfe mit Sondendilatation rascher zum Ziele kommen, als es bei dem früheren einfachen Verfahren der Fall war. Sind andererseits parurethrale Gänge oder Harnfisteln nach periurethralen abszedierten Infiltraten die Ursache von chronisch latenter Gonorrhoe, dann empfehle ich bestens, neben der von Nobl angegebenen, nicht überall durchführbaren Exzision, die Joddämpfetherapie. Es gelang uns in sieben Fällen, die Fisteln durch Dämpfe auszutrocknen und bei gleichzeitiger Massage zur langsamen Obliteration zu bringen; nur ist es eine sehr mühsame Arbeit, mit feinen Kanülen die Fistel zu entrieren; gelingt dies, so wird durch Joddämpfe baldige Heilung erzielt.

Folgende Daten aus unserem Krankenbeobachtungsmaterial illustrieren beiläufig das Verhältnis, in welchem die einzelnen Provokationsmethoden zueinander stehen dürften. Wir konnten bei unseren Kranken feststellen, daß in 46% der Fälle der mehrmalige negative Gonokokkenbefund nach provokatorischen Instillationen von 1,5—3%igen Lapis- und Kupferlösungen wieder positiv geworden ist; hatte man zu demselben Zwecke 1—3%ige Albargin- oder Protargollösungen verwendet, so war der Prozentsatz der neuerdings positiv Gewordenen 49%. Benutzte man nach diesen zwei obligaten provokatorischen Reizungsmitteln die Sondenmassage zur Erzeugung eines Reizsekretes, so zeigte die früher stets negative mikroskopische Untersuchung ein neues positives Ergebnis in 44% der Erkrankungsfälle. Brachte man bei einer genügend großen Anzahl von negativ gewesenen Patienten zum Abschluß ihrer Behandlung die Vakzineinjektionen als Reizungsmaßnahme in Anwendung, so sind von ihnen 56% nochmals positiv geworden. Applizierte man zwecks

Digitized by Google

Entscheidung, ob die auch nach der einen oder anderen bereits beschriebenen Provokationsmethode negativ gebliebenen Kranken definitiv gonokokkenfrei sind, Joddämpfe in die Urethra, so rezidivierten neuerdings 61% der Beobachteten. Die beiden zuletzt angeführten Methoden ergeben also fast gleiche Prozentzahlen bei den provokatorischen Untersuchungen und dürften, zusammen angewendet, die rascheste Entscheidung liefern, ob ein Patient noch latent gonokokkenpositiv ist oder nicht

Unsere Beobachtungen speziell in letzter Hinsicht sind natürlich nicht als abgeschlossen zu betrachten; die von uns angegebenen Prozentsätze werden von den seitens anderer Beobachter gewonnenen differieren, denn das Resultat hängt davon ab, wie lange eine Gonorrhoe dauert, wie sie kompliziert ist, wie lange sie unbehandelt bleibt, nach wie vielen negativen Präparaten man mit den provokatorischen Manipulationen begonnen hat, und von vielen anderen inneren und äußeren Umständen.

Nach den gemachten Erfahrungen sehe ich mich berechtigt, über die verschärfte provokatorische Wirkung des Jods zu berichten, da es mir in vielen Fällen eine definitive Entscheidung präsentierte und nie einen Nachteil für den Patienten zur Folge hatte, womit ich nicht gesagt haben will, daß das Reizvermögen des Jods „in statu nascendi" unfehlbar ist.

Zum Schlusse wünsche ich nur, daß diese neue Methode mit den bereits bekannten in kombinierte Verwendung treten möge, damit die schweren Folgezustände einer chronisch-latenten Gonorrhoe, welche die Gesundheit des Volkes und das Gedeihen des Nachwuchses für lange Zeit schädigen, ausgeschaltet werden können.

Literatur:

Bruck, M. m. W., 1917, Nr. 33. — Gans, M. m. W., 1917, Nr. 38. — Heller, M. m. W., 1917. Nr. 22. — Antoni, Derm. W., 1917, Nr. 45. — Odstrčil, Čas. lék. čes., 1914, Nr. 34 und W. m. W., der Militärarzt, 1914. — Reiter, D. m. W., 1917, Nr. 22. — Saudek, Derm. W., 1913.

Zur Therapie der Sycosis parasitaria.

Von

Geh. San.-Rat Dr. Nourney in Mettmann.

Die allergischen und Immunitätserscheinungen bei der parasitären Bartflechte sind so sicher festgelegt, daß sie bei der jetzigen Epidemie therapeutisch, epidemiologisch und prophylaktisch Berücksichtigung finden müssen.

Therapeutisch hat nicht mehr die Methode den Vorzug, welche am wahrscheinlichsten den schuldigen Parasiten vernichtet. Die desinfizierenden Mittel hatten versagt. Die Röntgenbestrahlung tötete wertvolles Körpergewebe, häufig noch früher als die Krankheitsherde. Dagegen genügen ganz kurze, leichte Röntgenbestrahlungen, die unter jeder sichtbaren Reizhöhe stehen, völlig, um die trophischen Vorgänge des Erkrankungsherdes so zu beeinflussen, daß die angeführte Immunitätsheilung die Natur selbst vollendet. Die früher erstrebte Epilierung der Haare ist überflüssig. Eine desinfizierende, spirituöse Lösung genügt zur Entfernung von Krankheitsprodukten. Eine Trichophytineinspritzung kann eventuell diese Immunitätsheilung noch unterstützen. Je nach der

Digitized by Google

Stärke der Röntgenwirkung können wir drei Stufen unterscheiden: 1. Anregung der spezifischen vegetativen Heilungsvorgänge, 2. Reizung derselben, bis zur reaktiven Entzündung, 3. Überreizung, bis zur Bildung von oberflächlichen Nekrosen.

Epidemiologisch hat diese Behandlungsmethode eine allgemeine Anwendungsmöglichkeit. Da jeder Einzelfall nur eine ganz kurze Behandlungszeit erfordert — die einzelne Erkrankungsstelle braucht in jeder Sitzung nur Bruchteile einer Minute den Röntgenstrahlen ausgesetzt zu werden —, kann das große Heer der Erkrankungen beherrscht werden. Die Infektionsquelle in den Barbierstuben ist leicht zu verstopfen. Kein an Bartflechte Leidender, mögen Parasiten festgestellt sein oder nicht, darf in öffentlichen Barbierstuben rasiert werden. Der spirituös gewaschene Bart hindert die Heilung nicht. Will jemand absolut barbiert sein, so hat er dies selbst zu tun. Eine öffentliche Rasierstube für Ausschlagskranke muß jedenfalls mit genügender Desinfektionsmöglichkeit versehen sein, falls genügend Spiritus zu beschaffen ist.

Prophylaktisch wird die auf Immunitätsbegriffen beruhende Trichophytinbehandlung kaum sicheren Erfolg haben. Die Eigenart einer Immunisierung mit abgetöteten Bakterienprodukten, in erster Linie die Schwere der Erkrankungen und nicht ihre Häufigkeit herabzusetzen, wird auch einer prophylaktischen Trichophytinanwendung anhaften. Die Fälle der leichten, nicht diagnostizierten Erkrankungen würden steigen und mit ihnen die Infektionsmöglichkeiten nicht nur für die Männerbärte (auch Skrotalgegend), sondern auch für die Kopfhaare der Kinder und die verborgen gehaltenen Haarstellen der Frauen.

Die Bartflechte darf die Wehrfähigkeit der deutschen Armee nicht schädigen, deshalb hielt ich es für meine Pflicht, vorstehende Gedanken, die sich in wesentlichen Punkten von den Ansichten unserer Spezialisten unterscheiden, mitzuteilen, um es jedem möglich zu machen, an der Steigerung der Wehrkraft des deutschen Volkes mitzuarbeiten.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Über eigenartige Ödeme, von Maase und Zondek. (D. m. W., 1917, Nr. 16.) In der I. Med. Klinik in der Kgl. Charité sind 30—40 Fälle von Ödemkranken beobachtet worden. Neben starkem Hydrops, der meist akut auftrat, litten die Patienten an Diarrhöen. Bakteriologisch waren keine Dysenterieerreger nachweisbar. Das Herz war nach links etwas verbreitert; es bestand häufig Bradykardie. Keinerlei Zeichen von kardialer Stauung. Keine Milz- und Leberschwellung. Der Urin war frei von Eiweiß und Zucker, stets hell und trotz der zuweilen sehr geringen Tagesmenge von niedrigem spez. Gewicht. Das Ödem hat einen ausgesprochen intermittierenden Charakter und ist gutartig. Nach drei- bis viertägiger Zulage von 100 g Fett zur Nahrung schwanden die Ödeme schnell. Nach der Entwässerung fällt die skelettartige Abmagerung auf. Die vermehrte Ammoniakausscheidung durch den Harn, die Anreicherung des Blutes mit stickstoffhaltigen Körpern, sowie der Umstand, daß es sich um körperlich arbeitende Personen handelt, sprechen dafür, daß der starke Eiweißabbau als das Primäre anzunehmen ist. E. Brinitzer-Altona.

Über das Auftreten eigenartiger Ödemzustände, von Lange. (D. m. W., 1917, Nr. 28.) Die von L. beobachteten Ödemerkrankungen konnten nicht als Infektionsödeme im Sinne von Rumpel aufgefaßt werden. Dagegen sieht L. die Ödemursache in einer geringeren Widerstandskraft der Gefäße, welche durch die Qualitätsänderung der Ernährung bedingt ist. Als Teilursache der Ödembildung könnte eventuell auch die langdauernde große Kälte in Betracht kommen. E. Brinitzer-Altona.

Das Kriegsödem, von C. Maase und H. Zondek. (B. kl. W., 1917, Nr. 30.) Verfasser konnten an älteren Personen im Alter von 40—65 Jahren, vorzugsweise Männern, Ödeme beobachten, die meist ziemlich rasch und ohne erhebliche Störung des subjektiven Befindens auftraten. Sie betrafen vorzugsweise Beine, seltener Arme, Skrotum und Gesicht. Sie unterscheiden sich besonders durch ihre weiche, teigige Konsistenz vom Anasarka anderer Krankheiten, vom nephrotischen und insbesondere kardialen Hydrops. Sobald die Kranken ins Bett gebracht werden, beginnt fast immer sofort unter starker Diurese die Ausschwemmung der aufgespeicherten Wassermengen, wobei

Digitized by Google

die Kranken oft enorm abmagern. Verfasser suchen die Ätiologie, da sich anderweitige in Frage kommende Organabnormitäten nicht feststellen ließen, in einer Schädigung der Gefäßwand durch kalorische Unterernährung, insbesondere Mangel an Fett, wahrscheinlich auf dem Wege über toxisch wirkende Eiweißabbauprodukte bei gleichzeitiger Belastung der Gefäßwand durch infolge der veränderten Ernährungsverhältnisse zugeführte zu große Flüssigkeitsmengen. Die Behandlung bestand in erster Linie in Körperruhe, daneben Besserung der Ernährung und Beschränkung der Wasserzufuhr.

E. Klemm-Leipzig.

Über das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit, von A. Schiff. (W. m. W., 1917, Nr. 22.) Diese Kranken leiden an Ödemen ohne kardiale oder renale Ursache. Die Ödeme entwickeln sich speziell an den unteren Extremitäten, verschwinden leicht, aber rezidivieren gern. Neben ihnen findet sich eine ausgesprochene Bradykardie und eine ganz beträchtliche Polyurie. Die Bradykardie ist durch Atropin vorübergehend zu bessern. Im reichlichen Urin nimmt der Kochsalzgehalt zu. Die Ursache liegt in der Einseitigkeit der Ernährung. H. Vörner-Leipzig.

Zur Kasuistik der harten Ödeme, von Mancello Labor-Laibach. (W. m. W., 1916, Nr. 44.) Die Veränderung fand sich am linken Handrücken. Über dem Bizepsrücken des gleichen Armes war ein derber, längsverlaufender Strang zu konstatieren. Exzidiert erwies er sich als ein Lymphgefäß, das durch Blutung und Organisation verödete. Als Ursache der Veränderung ist ein Trauma anzunehmen.

H. Vörner-Leipzig.

Über Hungerödeme, von Knack. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 43.) Bei der Untersuchung einer als Ödemkrankheit imponierenden Lagerepidemie kam K. zu dem gleichen Schluß wie Budzynski und Chelchowski, daß die wahrscheinliche Ursache nicht im Mangel der Nahrungsmittel an sich zu suchen ist, sondern in ihrer schlechten Beschaffenheit, die zuerst schwere Verdauungsstörungen hervorruft, die ihrerseits dann zu kachektischen, mit Ödemen und anderen erheblichen Erscheinungen (Hemeralopie, Xerosis conjunctivae, Ulcera corneae und Störungen der Bewegungsorgane) einhergehenden Krankheitsbildern führt. E. Brinitzer-Altona.

Das Quinckesche Ödem im Bereich der vegetativen Neurosen, von A. Stehr-München. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Stehr bespricht eingehend einen Fall von Quinckeschem Ödem. Eigenartig an dem Falle ist der fieberhafte Verlauf, die lange Dauer, das Auftreten von klonischen, epileptiformen Krämpfen. Das Wesen der Erkrankung sieht Stehr in einem der Anaphylaxie ähnlichen labilen Stoffwechselgleichgewicht; in dem beschriebenen Falle ist die auslösende Wirkung des Fleischeiweißes und des Kochsalzes bemerkenswert, nach dessen Genuß ausnahmslos Exazerbationen der Erscheinungen auftraten. Die Pathogenese des Quinckeschen Ödems läßt zwei Angriffspunkte offen: das vegetative Nervensystem und den Zellstoffwechsel. Die niedrige Reizschwelle der Nerven des vegetativen Systems scheint eine begünstigende Rolle zu spielen. Bei hereditärer Belastung stellt die Erkrankung eine tiefer greifende Störung dar und führt häufiger durch Kehlkopf- und Lungenödem zum Exitus.

A. Witte-Bremen.

Einfluß reiner Zuckerdiät auf Ödeme bei chronischer Nephritis, von Fritz Tedesco-Blumau. (W. kl. W., 1916, Nr. 46.) Mitteilung von zwei Fällen. Die ausschließliche Zuckerkost in Tagesmengen von etwa 400 g bewirkt bei Nierenkranken rasche Ausscheidung der Ödemflüssigkeit unter Besserung des Allgemeinzustandes. Selbst in Fällen, wo starke Herz- und Nierenmittel versagen, konnte bei Zuckerdarreichung eine wesentliche Besserung des Nierenprozesses konstatiert werden, anfangs wurden 3—4, später zwei Zuckertage in der Woche ordiniert. Schädigungen wurden nicht beobachtet. H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage der Purpura erregenden Krankheitszustände, von T. L. A. Peutz. (D. m. W., 1917, Nr. 3.) P. berichtet ausführlich über einen schweren Fall Werlhofscher Krankheit und über zwei Fälle von Hämophilie, einen hereditären und einen nicht hereditären. Bei der Werlhofschen Krankheit, die ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen betraf, ergab die Zählung der Blutplättchen (nach Sahli-Fonio) nur 56890 in 1 cmm Blut, während normalerweise 150—200000 vorhanden sind. Nach der Behandlung mit Koagulen Koster-Fonio (10 ccm 5%iges Koagulen intravenös) erfolgte, unter Ansteigen der Zahl der Blutplättchen bis 179000, völlige Heilung. Bei der Hämophilie findet sich keine Veränderung der Blutplättchenzahl, daher auch kein Erfolg bei Verwendung des Koagulens. Hier bestand die Behandlung in subkutaner Injektion von 5%iger Pepsinlösung, Darreichen von Calcium lacticum, $2^1/_2$ g pro die, und zweimal in der Woche

Digitized by Google

ein Mutterlaugebad, einige Tage je 50 g Kalbsleber und zweimal täglich 200 mg Ovarialtabletten „Merck". Es wurde mit dieser Behandlung ein ausgezeichnetes Wohlbefinden erzielt. E. Brinitzer-Altona.

Allgemeininfektion mit Staphylococcus albus als Ursache hämorrhagischer Diathesen, von Margarethe Levy-Berlin. (Zsch. f. klin. M., 1916, 83. Bd., 5./6. Heft.) Verf. berichtet über vier Fälle mit Haut- und Schleimhautblutungen, deren Untersuchung den Staphylococcus albus als Erreger ergibt. Sie wollte damit den Beweis erbringen, daß die Purpura keine Krankheit sui generis darstellt, sondern meist ein Symptom einer bakteriellen Allgemeininfektion ist. Es ist daher wünschenswert, in allen Fällen von hämorrhagischer Diathese eine bakterielle Untersuchung vorzunehmen.
W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Histologie der petechialen Exantheme, von C. Benda-Berlin. (Kriegspathol. Tagung in Berlin, 1916.) In jedem der drei untersuchten Fälle von petechialer Meningokokkenmeningitis konnte Benda innerhalb der Hautblutungen Entzündungsherde nachweisen, die sich um die Blutgefäßverzweigungen des Koriums gruppieren und vorwiegend aus Leukozyten zusammengesetzt sind. In geringer Menge finden sich Lymphozyten, Mastzellen, fixe Zellen. Die Arterien sind durch Infiltration ihrer Wandung und durch Thrombosen beteiligt. In drei Fällen von Fleckfieber konnte B. in den Gefäßherden reichliche Leukozyten feststellen, wie das inzwischen auch von Coelen gefunden wurde. In dem frischesten Falle beschränkten sich die Veränderungen auf eine Quellung der Endothelzellen der kleinen Arterien, Leukozytenansammlung im Lumen des Gefäßes und spärliche Leukozyteninfiltration der Arterienscheide. Am ausgesprochensten waren die von E. Fraenkel beschriebenen Veränderungen der Arterienwand im zweiten Falle, wo B. Wandnekrosen und hyaline Thromben an manchen Stellen fand. Etwas abweichend war dagegen das Bild im dritten Falle, wo auch makroskopisch das Exanthem auffallend prominierte und mikroskopisch größere entzündliche Infiltrate bestanden, die stellenweise zahlreiche eosinophile Zellen enthalten. Das Exanthem der Meningitis und des Fleckfiebers zeigen histologisch gewisse Ähnlichkeiten, aber die von E. Fraenkel beschriebene Veränderung der Arterienwand ist für das Fleckfieberexanthem spezifisch und ein Unterscheidungsmerkmal gegen die Petechien der Meningitis.
O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Histiologische und histiologisch-bakteriologische Befunde beim petechialen Exanthem der epidemischen Genickstarre, von Pick. (D. m. W., 1916, Nr. 33.) P. gelang es, ebenso wie Benda, in zwei Fällen von petechialer Genickstarre in den Gewebeschnitten der Hautefloreszenzen innerhalb der Arteriolen und Kapillaren färberisch reichlich Meningokokken nachzuweisen; in den entzündlichen zirkumvaskulären Infiltraten waren die Meningokokken spärlich vorhanden. Die Vernichtung der Kokken geschieht schnell und zum größten Teil innerhalb der Blutbahn durch leukozytäre Phagozytose. Was die Histologie der Petechien bei Genickstarre betrifft, so stehen, im Gegensatz zu den zum Vergleich herangezogenen Fleckfieberroseolen, die entzündlich-exsudativen Vorgänge im Vordergrund: neben Extravasation von Erythrozyten reichlicher Austritt von Leukozyten. E. Brinitzer-Altona.

Zur Behandlung der Purpura und Hämophilie, von Klinger. (D. m. W., 1916, Nr. 51.) Da nach K. die Plättchenarmut des Blutes als Ursache der Purpura noch nicht erwiesen, ja sogar als unwahrscheinlich gelten muß, wendet sich K. entschieden gegen die von Fonio eingeführte Plättchentherapie — die Injektion von Koagulen. Außerdem besteht nach K. das jetzige Koagulen nur zum kleinsten Teil aus Plättchen; der Hauptteil besteht aus zytozymartigen Substanzen, die aus Blut oder Organen hergestellt werden und als solche fördernd auf die Thrombinbildung wirken. Die Erfolge bei manchen Fällen sind nach K. eher auf die große Menge (100 ccm) intravenös eingeführter Flüssigkeit als auf das Koagulen selbst zurückzuführen. Bei Hämophilie können kräftige Zytozymlösungen, besonders bei direktem Kontakt mit der Wunde, in manchen Fällen mit gutem Erfolge angewendet werden. Als wirksamstes Mittel ist aber die Bluttransfusion zu betrachten. E. Brinitzer-Altona.

Die intramuskuläre Injektion von Blut bei der Behandlung der Purpura haemorrhagica, von H. W. Emsheimer-New York. (J. Am. m. Assoc., 1. Jan. 1916.) Verf. hat in einem Falle, der gegen alle Mittel resistent war, mit ausgezeichnetem Erfolge eine intramuskuläre Injektion von fremdem Blute vorgenommen. Er empfiehlt, diese Methode vor anderen, radikalen, anzuwenden. R. Frühwald-Leipzig.

Verschwinden der hämorrhagischen Diathese bei einem Falle von „essentieller Thrombopenie (Frank) nach Milzexstirpation. Splenogene thrombolytische

Digitized by Google

Purpura, von Paul Kaznelson-Prag. (W. kl. W., 1916, Nr. 48.) Eine Frau, welche schon seit 10 Jahren an Haut- und Zahnfleischblutungen litt, zeigte eine auffallend geringe Zahl von Blutplättchen in ihrem Blutbilde (Thrombopenie). Da in solchen Fällen häufig ein Milztumor besteht, nahm der Verf. an, daß das Krankheitsbild durch abnorm starke Einschmelzung der Blutplättchen (Thrombolyse) in der Milz bedingt sei. Aus diesem Grunde wurde bei der Frau die Milz entfernt. Infolge der Operation vermehrte sich die Zahl der Thrombozyten von 300 auf $^1/_2$ Million im ccm, und der Blutkuchen gewann seine frühere Kontraktionsfähigkeit. Gleichzeitig verschwand die hämorrhagische Diathese. H. Vörner-Leipzig.

Über hämorrhagische Diathese — Purpura symptomatica und Skorbut — bei Typhus abdominalis, Paratyphus A und Paratyphus B, von Albert Herz. (W. kl. W., 1917, Nr. 22.) Ergebnisse über Beobachtungen von Typhus und Paratyphusfällen mit Neigung zu Blutungen. Es fanden sich Fälle mit hämorrhagischem Exanthem, welches vollkommen den beim Typhus exanthematicus beschriebenen gleicht. Die hämorrhagische Diathese betraf hauptsächlich Haut und Schleimhäute. Das Blutbild zeigte eine hochgradige Verminderung der Blutplättchen, dem eine Verlängerung der Blutungszeit bei normaler extravaskulärer Gerinnung entsprach. Die Untersuchungen über Skorbut bei Typhus abdominalis und Paratyphus ergaben, daß eine besondere ursächliche Beziehung zwischen diesen Krankheiten nicht besteht. Für das Blutbild war charakteristisch, daß die Zahl der Blutplättchen in den Fällen von Skorbut in auffallender Weise stieg. H. Vörner-Leipzig.

Purpura rheumatica scorbutiformis, von Umberto Gabbi. (Riforma m., 1917, Nr. 36.) Im April 1916 trat zunächst unter den österreichischen Gefangenen im Gefangenenlager der Insel Arsinara, dann auch bei den italienischen Soldaten eine epidemische Krankheit auf, die durch folgende Symptome gekennzeichnet war: leichtes, nur einige Tage andauerndes Fieber von 37,5—38,3°, Hautblutungen meist petechialer Natur besonders an den unteren Extremitäten, vor allem über dem Knie, Nasenbluten, Zahnfleischblutungen, periartikuläre Schwellungen, Milztumor, leichte Albuminurie. Keine inneren Blutungen, gastrointestinale Erscheinungen selten. Dauer der Krankheit 10 bis 40 Tage, Ausgang fast immer gut, Beginn mit Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen, selten Schüttelfrost. Befallen wurden nur solche Soldaten, welche längere Zeit feuchtem, kaltem Bergklima (1800—3000 m) ausgesetzt waren. Die Unterbringung der Krankheit unter die bekannten mit Hautblutungen einhergehenden ist nicht einfach. Gegen die zumeist gestellte Diagnose Skorbut sprechen: das Fieber, die Milzschwellung, das Fehlen innerer Blutungen und erheblicher Zahnfleischaffektionen. Auch war die Vorbedingung für Skorbut: einförmige und mangelhafte Kost, nicht vorhanden. Ferner Skorbut tritt mit Vorliebe in der kalten Jahreszeit auf, während die in Frage stehende Epidemie im Frühling begann, im Sommer ihren Höhepunkt hatte und im Winter erlosch. Dagegen ließ die Konstanz der Zahnfleischblutungen immer wieder an Skorbut denken. Nach Ansicht des Verf. handelte es sich um eine Infektionskrankheit mit unbekanntem ultramikroskopischem Erreger. Allen durch ultramikroskopische Erreger erzeugten Infektionskrankheiten sei gemeinsam die Störung der Hautblutgefäße, die zu Blutungen Anlaß gibt. Die äußeren Einflüsse des Höhenklimas, der Kälte, Feuchtigkeit begünstigen diese Neigung zu Hämorrhagien. Die Übertragung der Krankheit erfolgt wahrscheinlich durch Insekten. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Skorbut im Felde, von Erich Schneider. (W. m. W., 1918, Nr. 44 u. 45.) Im Jahre 1916 traten gehäufte Skorbutfälle unter den Fronttruppen auf. Die Ursache war in Ernährungsschädlichkeiten zu suchen, auch kamen ungünstige Witterungsverhältnisse in Betracht. Versuche mit der Ernährung solcher Skorbutkranker unter Berücksichtigung des im Felde Möglichen zeigten, daß reichliche Zufuhr von Obst und Gemüse, namentlich im frischen Zustande, den Skorbut rasch zu heilen vermochten. H. Vörner-Leipzig.

Beitrag zur Hämatologie und Klinik des Skorbuts, von Philipp Leitner. (W. m. W., 1917, Nr. 31.) Die Kranken, welche der Verf. beobachtete, hatten vor ihrer Erkrankung namentlich des frischen Gemüses völlig entbehren müssen. Sie litten an Hämorrhagien, Salivation und schweren Zahnfleischerkrankungen. Das Blutbild zeigte als konstante Erscheinung eine Leukopenie. H. Vörner-Leipzig.

Skorbut, von Hans Much und Karl Baumbach. (M. m. W., 1917, Nr. 26.) Verfasser kommen auf Grund von etwa 100 Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß der Skorbut eine ansteckende Krankheit sei. Über die Art des Erregers sollen später Mitteilungen erfolgen. A. Witte-Bremen.

Digitized by Google

Die kriegschirurgische Bedeutung des Skorbuts, von Theodor Zlocisti-Berlin. (Beitr. z. klin Chir., 1916, Bd. 103, H. 4.) In einer sehr lesenswerten Arbeit warnt der Verf. zunächst vor einer allzu schematischen Auffassung der Krankheit. Der bekannte Symptomenkomplex wird selten in aller Vollständigkeit gefunden. Oft prävetiert nur ein Symptom, während andere kaum angedeutet sind. Der Verfasser schildert hier seine Erfahrungen, wie allmählich er auf Grund gewisser immer wiederkehrender Erscheinungen der Diagnose Skorbut näher kam. Ganz besonders auffallend das allgemeine Aussehen der Haut. Die Farbe hat ihre roten Beifügungen verloren, bald schimmert sie in einem schmutzigen Gelb, dem stumpfe, bräunliche Töne zugemischt sind, bald erscheint sie graubraun. Der Turgor fehlt, kein Glanz, es macht sich ein schattenhaftes Aussehen im Gesicht bemerkbar, ein spezifisches Skorbutkachexiegesicht. Die Haut ist geschrundet, knitterig wie altes zusammengeknäueltes Pergament, runzlig, hochgehobene Falten bleiben stehen oder fielen ohne jede Elastizität zögernd zusammen. Bläuliche und bräunliche Flecke kommen zur Beobachtung, Abszedierungen kleiner Blutblasen mit blutigem Gerinnsel, der Saum dieser Abszesse ist ein blaubrauner Ring von mehr oder weniger großer Breite, der selbst nach Heilung des Geschwürs bestehen bleibt. Besonders diagnostisch schwierig sind die in der Tiefe auftretenden Blutungen. Bemerkenswert sind die einseitigen Blutungen. Der palpierende Finger fühlt eine feste, steinharte Masse. Die Funktion ist gewöhnlich aufgehoben. Differentialdiagnostisch gegen Ödeme nephritischer oder kardialer Ursache kommt in Betracht die Nichtbeteiligung des Fußes, ferner ist die Masse nicht teigig, sondern hart. Der Eindruck der Finger hinterläßt keine Delle. Es fehlt ferner die speckig glänzende Haut. Besonders wichtig sind Absetzung gegen Erweichungsprozesse. Es fehlt die Erhöhung der Hauttemperatur in dem betreffenden Gebiete, die inflammatorische Rötung und das Spannungsgefühl, die Haarbälge sind nicht eingezogen, im Gegenteil beim Skorbut ein Herauspressen der Follikel. Das skorbutische Extravasat fluktuiert nie. Bei den Abszessen in der Tiefe empfindet man einen stechenden Schmerz. Massige Blutungen in der Tiefe erfolgen plötzlich mit hohem Temperaturanstieg, aber nie mit der charakteristischen Eiterprozeßkurve. In vielen Fällen wird die Kniekehle beeinträchtigt, was differentialdiagnostisch schwierig ist. Entscheidend ist immer die Plötzlichkeit und das Ruckartige auch später erfolgter Nachblutung. Selten wird nur ein Gelenk betroffen. Auch an anderen Stellen treten immer plötzlich Verdickungen und Schwellungen auf. Die Spontanheilung beim Skorbut die Regel, bei der tuberkulösen Gonitis die Ausnahme. Großes praktisches Interesse heischen die Blutungen in der Bauchgegend, innerhalb der Pleurablätter und etwa im Perikard, flächenhafte Ausbreitung der Blutmasse, Durchdringung aller Interstitika, Anämisierung des Muskels mit Einschmelzung. Bei Ergüssen in den freien Raum kommt es zur Peritonitis haemorrhagica fibrinosa. Was die chirurgische Bedeutung anlangt, so gab schon die Betrachtung der Wunde ein eigenes Bild: Bei Lösung des Verbandes und Reinigung der mit geronnenem, dickem Blute bedeckten Fläche fehlte die saftig-rote, leuchtende Farbe, die Granulationen waren nicht feinkörnig, sondern wucherten in größeren Knollen, die nicht beieinander lagen, von geringer Festigkeit, schwammig. Bei Geschwüren tritt eine bläulichrote, sattbraune Verfärbung der ganzen Umgebung ein. Des Saumes Durchmesser ist größer als das Geschwür. Jede unsanfte Berührung antwortet mit starker Blutung. Die Narbe ist breit, massig, dick gewulstet und tiefbraun. Die skorbutische Wunde neigt zur Phlegmone. Bei skorbutischen Knochenerkrankungen sind charakteristisch die herabgesetzte Regenerationskraft und Neigung zu spontanen Blutungen, Neigung zur Pseudarthrosenbildung, Trennung zur Sequestrierung. W. Chrzelitzer-Posen.

Skorbut und Chirurgie, von F. Brüning-Konstantinopel. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 105, H. 1.) Der Verf. macht zunächst auf die Symptome des Skorbuts aufmerksam, die von den üblichen sonst beschriebenen in einigen Erscheinungen abweichen. Es wurden dort viele Skorbutfälle beobachtet, die ohne jede Zahnfleischveränderung abgelaufen sind. Andererseits sah der Verf. Fälle mit den leichtesten Veränderungen in einer venösen Hyperämie des Zahnfleischsaumes bis zu den schwersten Fällen, in denen das ganze Zahnfleisch stark angeschwollen und aufgelockert ist, so daß es den Eindruck macht, als ob die Zähne in hypertrophischen Granulationen drinsteckten. Selbst die bisher stets beobachteten entzündlichen Erscheinungen mit geschwürigen Prozessen hat der Autor nicht gesehen, deshalb darf man nicht von einer skorbutischen Gingivitis oder von Zahnfleischentzündung sprechen, sondern nur von skorbutischen Zahnfleischveränderungen. Die spontanen Blutungen in der Haut stellen sich dar wie kleine Ekchymosen. Bei solchen Ekchymosen wird auch eine eigentümliche Veränderung der

Digitized by Google

ganzen Haut gesehen; sie wird dünn, atrophisch, fühlt sich wie ausgetrocknet an, nimmt eine bläuliche Farbe an und schuppt sich ganz auffallend stark. Auch die Furunkelbildung hat der Verf. nicht beobachtet. Die Blutungen bevorzugen hauptsächlich den Unterarm und den Unterschenkel. Die tiefen Blutungen in dem Zwischengewebe der Muskeln zeigten sich in einer Auftreibung der Muskeln; fast ohne Schmerzen. Außerdem wurden skorbutische Blutungen in Gelenkhöhlen festgestellt. Von den Allgemeinsymptomen ist die beherrschende die Anämie bis zum progredienten perniziösen Charakter, die jeder Therapie trotzen. In leichteren Fällen fehlt das Fieber, das in schweren Fällen einen unregelmäßigen Verlauf hat. Jedenfalls ist es immer atypisch. Die Wunden sind sehr charakteristisch. Die bis dahin gesunden frischen Granulationen nehmen ein bläuliches, schlaffes Aussehen an, sehen atrophisch aus, meist aber sind sie gequollen und gedunsen, oft auch speckig. Die Farbe ist tiefblau, sie neigen sehr zu Blutungen, die sich besonders beim Verbandwechsel zeigen. Der Eiter ist dünnflüssiger, fast stets mit Blut vermischt. Die Heiltendenz ist sehr stark herabgesetzt oder fehlt ganz. Alle therapeutischen Maßnahmen zur Anregung der Granulationsbildung sind machtlos. Ist endlich eine Heilung eingetreten, zeigt die Narbe ein typisches Aussehen. Sie ist gewulstet, die Umgebung ist dunkelblau, die Haut ist atrophisch. Tritt eine Infektion hinzu, ist die Therapie ohne Erfolg. Infizierte Oberschenkelschußbrüche sind fast immer verloren. Bei Knochenbrüchen fehlt jede Kallusbildung. Im allgemeinen ist die Prognose — wenn keine andere Erkrankung hinzutritt, nicht so trostlos. Therapie besteht in Darreichung frischen Gemüses, frischem Zitronensaft, eventuell Serumeinspritzungen. Für die Wundbehandlung sind die Sonnenstrahlen das souveräne Mittel. Bei Skorbutkranken soll man nur unaufschiebbare Operationen ausführen. Zum Schluß glaubt der Verf. hinsichtlich der Ätiologie an eine Infektionskrankheit, die sich besonders in seinem Krankenhause zeigte, wo bisher gesunde Menschen an Skorbut erkrankten, nachdem sie mit Skorbutkranken in Berührung gekommen sind.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die ulzero-gangränösen Stomatitisformen des Skorbuts, von Theodor Zlocisti-Berlin. (M. Kl., 1916, Nr. 46.) Nach eingehender Besprechung der verschiedenen Formen ulzero-gangränöser Stomatitis im Anschluß an Skorbut und theoretische Erörterungen über die Pathogenese der Erkrankung und Schilderung des klinischen Bildes äußert sich der Verf. über die Wirkung des Neosalvarsans. Von der lokalen Applikation auf die gangränösen Stellen hat er keine Heilwirkung gesehen. Für die Allgemeinwirkung bei Injektionen großer Dosen Neosalvarsan berichtet er einige Krankengeschichten und resümiert seine Erfahrungen folgendermaßen: 1. daß das Salvarsan mit Aussicht auf Erfolg bei den (skorbutisch) ulzero-gangränösen Stomatitisformen angewendet werden kann. 2. Daß auch bei der Noma, die ihren Ausgang von der Mukosa nimmt, durch das regelmäßig beim Auftreten der ersten gangränös stomatitischen Erscheinungen angewendete Salvarsan, ein wesentlich schädigender Faktor beseitigt wird, dergestalt, daß unter Umständen nur die mechanisch konsekutiven Nekrosen restieren. 3. Therapeutische Erwartungen sind nur an große Dosen zu knüpfen. O. Lasch-Breslau.

Ausgedehnte isolierte Amyloidentartung der Magenwand bei skorbutähnlicher Allgemeinerkrankung (Purpura haemorrhagica), von Günther Beckert-Frankfurt a. M. (Frankf. Zschr., 1917, Bd. 20, H. 1.) Kasuistischer Beitrag.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Beobachtungen an Hemeralopie- und Skorbutkranken, von Emil Zak-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 19.) Bei den russischen Kriegsgefangenen beobachtete der Verf. während der sieben Wochen andauernden Fastenzeit viele Fälle von Hemeralopie und Skorbut. Die Ursache war ein Mangel an frischen Nahrungsmitteln. Preßsaft aus frischen Mohrrüben erzielte Heilung. In zwei anderen Fällen taten es frische Leber und frische Eier. Der Verf. läßt die Frage offen, ob diese von ihm beobachtete Hemeralopie eine selbständige Krankheit oder nur eine Teilerscheinung des Skorbuts sei. Der Rübensaft leistete auch gute Dienste bei Diarrhoen der Skorbutkranken. Übertragungen der Krankheit selbst sah der Verf. nie, wohl aber steckten sich die Kranken mit Gingivitis an. Zwei Fälle zeigten hochgradige Pigmentierungen (Blutungen in die Nebennieren). H. Vörner-Leipzig.

Traumatische Entzündungen.

Über artifizielle Hautkrankheiten, von John Collie. (Lancet, 16. Dez. 1916.) Nichts Neues. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Über Schädigung der Haut durch Elektrizität, von Bjönwall. (Allmänna svenska Läkaretid., 1917, Nr. 13.) Ein 53jähriger Mann wurde tot aufgefunden, wahrscheinlich Tötung durch einen elektrischen Schwachstrom (110 Volt). Mit Bezug auf diesen Fall bespricht der Verf. die Wirkungen der Elektrizität auf die Haut. Kommt durch den überspringenden Funken nur ein hoher Wärmeeffekt zustande, so entsteht Verbrennung. Wenn eine intime Berührung stattgefunden hat, erhält man ein ganz anderes Bild, das dadurch verursacht wird, daß der elektrische Strom bei seiner Passage durch den menschlichen Körper eine Wärme produziert, die dem Widerstande direkt proportional ist (das Joulsche Gesetz). Diese elektrischen Hautveränderungen sind spezifisch elektrische genannt worden (Jellinek).

W. Holland-Kristiania.

Über Luminaldermatitis, von H. Curschmann. (Ther. Mh., 1917, Nr. 4.) C. beobachtete in drei Fällen auf Luminalgebrauch eine akute Dermatitis von großer Heftigkeit; die Dermatitis entsprach klinisch einem akuten Ekzem. In einem dieser Fälle verschwand das Ekzem nach Aussetzen des Mittels sofort, um nach Wiedereinnehmen sofort wieder aufzutreten. Das erste Mal trat das Ekzem erst 4—5 Tage nach dem Luminalgebrauch auf, beim zweiten Male aber sofort danach. Der Beweis für die Luminalätiologie war damit erbracht. In allen drei Fällen führte das Weglassen des Mittels zur raschen Heilung des Hautleidens, die begünstigt zu werden schien durch die gleichzeitige Darreichung des Kalziums. Das Kalzium hat auch die Wirkung, daß es später, gleichzeitig mit kleinen Dosen Luminal (2—3mal 0,05 gegeben), das Auftreten von Ekzemrezidiven verhinderte. (Bei kleinen Dosen wäre das Rezidiv auch ohne Kalziumgebrauch ausgeblieben. Ref.) Wahrscheinlich ist eine Idiosynkrasie gegen Luminal das gemeinsame Moment bei diesen drei Fällen gewesen. In einem der Fälle bewirkten schon kleinste Dosen außerordentlich starke, günstige Wirkungen auf die Erkrankung des Patienten, die Epilepsie.

E. Brinitzer-Altona.

Hypodermo-Dermitis autocontusiva der Extremitäten, von A. Mori. (Riforma m., 1917, Nr. 14 u. 15.) Das gewöhnlich als Oedema durum traumaticum bezeichnete Krankheitsbild trat vor etwa 25 Jahren nach Einführung des Unfallgesetzes zuerst auf. Es wurde öfter ein epidemieartiges Auftreten der Krankheit beobachtet (so bei den neapolitanischen Hafenarbeitern 1909), darauf wurde sie seltener, um sich jetzt im Heere wieder in steigendem Maße zu zeigen. Die Krankheit ist meist am Dorsum manus lokalisiert und durch drei Stadien charakterisiert. Im ersten herrschen alle Symptome einer gewöhnlichen Kontusion: weiches Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes, die Haut ist glänzend, gespannt, mit Ekchymosen durchsetzt oder von zyanotischem Aussehen, dessen Intensität vom Zentrum zur Peripherie abnimmt. In der Mitte findet sich bisweilen eine leichte Exkoriation oder ein kleines Bläschen. Die Erscheinungen können sich in diesem Stadium vollkommen zurückbilden, gewöhnlich tritt der Prozeß aber in das zweite Stadium, das der Bindegewebsneubildung, über. Das Ödem grenzt sich immer ab und wird härter, so daß der Finger es nicht mehr eindrücken kann, Hitze- und Schmerzgefühl sind verschwunden, die Funktionsstörung des darunterliegenden Gelenkes wird lediglich durch die Schwellung und herabgesetzte Elastizität des Gewebes bedingt. Dieses zweite Stadium dauert verschieden lange, meist etwa drei Monate, in dieser Zeit treten am häufigsten Rezidive auf. Auch in diesem Stadium ist noch eine Restitutio ad integrum möglich. Im dritten Stadium hat sich das Ödem zurückgebildet bis auf einen kleinen, brettharten Tumor, dessen Gestalt abhängig ist von der seiner knöchernen Unterlage. — Die histologische, von Prof. Pasini ausgeführte Untersuchung zeigte Epidermis — abgesehen von einer leichten Hyperkeratose — und Kutis normal. Das subkutane Fettgewebe ist reduziert und größtenteils ersetzt durch fibröses Gewebe, das von reichlichen, z. T. neugebildeten Blutgefäßen durchzogen ist. — Die Lokalisation der Krankheit ist nicht auf den Handrücken beschränkt, sondern sie kann an allen Stellen des Körpers auftreten, die die gleichen anatomischen Bedingungen, nämlich direkt unter der Haut gelegene Knochenvorsprünge, aufweisen, so am Olekranon, der Crista iliaca, Dorsum pedis usw. — Über die Ätiologie gehen die Ansichten weit auseinander. Verf. tritt dafür ein, daß es ein rein artifizielles, vom Patienten selbst hervorgerufenes Krankheitsbild ist. Der Verlauf ist ein vollkommen anderer als der einer gewöhnlichen Kontusion, die entstanden ist durch einmalige Einwirkung einer größeren Kraft, auf die die Patienten selbst die Entstehung des Prozesses zurückführen wollen. Die Vermutung, daß es sich um eine Autoläsion handele, wurde Verf. durch

Digitized by Google

das Geständnis einiger Patienten bestätigt. Die Methode ist folgende: Die mit einem Tuch umwickelte, auf fester Unterlage ruhende Hand wird mit einem glatten, runden Gegenstand etwa $^1/_4$ Stunde lang leicht geschlagen, bis Ödem auftritt. Dies muß zu Anfang täglich wiederholt werden, weil das Ödem nachts wieder verschwindet, später nur etwa alle acht Tage. Die Schläge sind zuerst nur schwach, später, bei herabgesetzter Empfindlichkeit der Stelle, stärker. Biondi und Bianchini gelang es auch, auf diese Weise bei Affen die gleiche Affektion zu erzeugen, die im klinischen Verlaufe und histologischen Bilde genau der oben geschilderten gleicht. — Verf. zieht 14 kurze illustrierte Krankengeschichten aus einer großen Reihe von Fällen, die beim Militär zur Beobachtung kamen. Bei den Soldaten findet sich die Affektion häufiger an der unteren Extremität — meist rechter Malleolus externus —, während sie bei den Arbeitern fast ausschließlich am rechten Handrücken vorkommt. Das zweite Stadium der Krankheit ist hier meist noch viel protrahierter, weil der Soldat ein Interesse daran hat, den ihn dienstunbrauchbar machenden Prozeß dauernd aktiv zu erhalten, während der Arbeiter darauf ausgeht, die nur drei Monate lang gezahlte Unterstützung zu beziehen, um nach Ablauf dieser Zeit wieder arbeitsfähig zu werden. — Die Therapie hat vor allem die Aufgabe, die irritierte Stelle der weiteren Bearbeitung durch den Patienten zu entziehen. Gelingt dies, so ist der im ersten Stadium befindliche Prozeß in 10—20 Tagen, der des zweiten in etwas längerer Zeit abgeklungen, während vom dritten Stadium stets ein kleiner Tumor zurückbleibt. Heiße Bäder, Fangopackung unterstützen die Rückbildung.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über Behandlung der Verbrennungen I. und II. Grades mit Klebeflüssigkeiten, von Büllmann. (M. Kl., 1916, Nr. 31.) Der Verf. schlägt für Verbrennungen I. und II. Grades folgendes Verfahren vor: Um die meist sehr aufgeregten Kranken zu beruhigen, bekommt jeder eine seinem Alter entsprechende Dosis Morphium, dann werden die umgebende, gesunde Haut und die verbrannten Stellen bzw. die Blasen vorsichtig mit Benzin oder Tetrachlorkohlenstoff gereinigt (nie wird eine Blase eröffnet, die spontan geöffneten werden mit sterilen Instrumenten abgetragen. Dann wird mit dem Pinsel die Klebeflüssigkeit (Mastix, Mastisol, Kutitekt, Kutifix, Rezidol) auf die Verbrennung, auf die freiliegende Lederhaut und dann auf die Umgebung aufgetragen. Nach einiger Zeit des Austrocknens werden einige Lagen sterilen Mulls darübergelegt und mit Binden (eventuell mit Schienen) befestigt. Ein solcher Verband kann acht Tage liegenbleiben, auch wenn an einigen Stellen das Sekret durchdringt. Nach dieser Zeit löst er sich meist von selbst ab, und die Verbrennungen I. Grades pflegen dann meist abgeheilt zu sein, bei denen II. Grades ist ein folgender nötig. Die Vorteile dieser Methode sind nach Büllmann: 1. Die Schmerzlosigkeit beim Anlegen des Verbandes, 2. die Ersparnis von viel Verbandstoff, 3. eine Infektion findet nicht statt, wenn eine solche nicht schon vorher durch die geöffnete Blase erfolgt ist, 4. die Heilung erfolgt ohne Narben und in kurzer Zeit.

O. Lasch-Breslau.

Über Erfrierungen im Felde, von O. Zuckerkandl-Wien. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 101, H. 5.) Druck von seiten der Schuhe, Nässe, unbewegliches Verharren in einer Stellung, die den Blutzufluß behindert, sind die Hauptursachen der Erfrierung. Selbst in frostfreier Zeit tritt unter den erwähnten Umständen Frostbrand auf. Bei der Enge der ernährenden Gefäße unterliegen die peripherstenTeile des Körpers am ehesten der Kälteeinwirkung. Am häufigsten die Zehen; auch an der Ferse sind wiederholt Erfrierungen beobachtet. In mehr als der Hälfte aller Fälle war die Veränderung beiderseitig. Die Erfrierung bei Schußfrakturen der unteren Extremitäten erstreckt sich an dem verletzten Teil weiter zentralwärts als an der zweiten Seite. Anatomisch handelt es sich um Zirkulationsverlangsamung, venöse Stauung bis zur völligen Sistierung der Blutzufuhr. In den abgestorbenen Teilen tritt Flüssigkeit aus den überfüllten Gefäßen ins Gewebe, durchtränkt diese und hebt die Epidermis ab. Es kommt zu elefantiastischen Formveränderungen. Allmählich tritt Fäulnis ein, Verfärbung, Verflüssigung aller Gewebe, das Bild der feuchten Gangrän, Schrumpfung und Eintrocknung als Zeichen des mumifizierenden Brandes. An des Grenze der Lebensfähigen geschieht unter Eiterung und Granulationsbildung die mechanische Abtrennung der abgestorbenen Teile. Am raschesten wird der Zusammenhang innerhalb der Bindegewebe und Muskeln aufgehoben, erheblicheren Widerstand leisten Sehnen und Bänder, und am spätesten erfolgt die Trennung in der Kontinuität der Knochen. Der durch Erfrierungsgangrän bloßgelegte Knochen unterliegt nur bis in die Ebene der Granulation der Nekrose.

Digitized by Google

Dasselbe hat für die Erfrierungen der Ferse Geltung. Das Absterben der betroffenen Teile geht ganz schmerzlos vor sich. Spontane Schmerzen treten erst ein, wenn die oberflächlichen Blasen platzen und das wunde Korium bloßliegt, oder wenn sich entzündliche Prozesse einstellen. Kein Fall von Erfrierung kann aseptisch bleiben. Es können Wundinfektionen mit örtlichen und allgemeinen Symptomen auftreten. Besonders schwer erscheinen die sekundären Infektionen dort, wo Schußfraktur und Erfrierung einen und denselben Teil betroffen haben. Hier sind durch Herabsetzung des Gewebswiderstandes gegen Kälte und Bakterienwirkung die örtlichen Zerstörungen besonders weitgehend. Verfasser schildert einige besonders schwere Fälle. Die Therapie hat zu berücksichtigen durch Prophylaxe, durch Belehrung hinsichtlich des Wechsels der Fußbekleidung, zweitens durch die Behandlung der frischen Erfrierungen zur Verhinderung des Eintritts der Gangrän, drittens in der Behandlung der Veränderung und schließlich in Maßnahmen zur Beförderung der Abstoßung und Erzielung brauchbarer Stümpfe. Gegen Tetanus präventive Impfung. Zahlreiche Fälle gehen unter Pyoseptikämie zugrunde. Besonders wichtig ist die Ruhigstellung. Durch primäre Desinfektion aufmerksame Wundbehandlung unter streng immobilisierendem Verbande kann man den schweren Folgen der Erfrierung wirksam begegnen. Verfasser mußte häufig infolge Tetanus-Pyämie die Amputation vornehmen. Aus vitaler Indikation ist die Amputation bei Erfrierungen angezeigt, die mit Schußverletzungen gepaart sind, wo tiefgreifende Phlegmonen das Leben bedrohen; die Amputation muß erfolgen, sobald Symptome der Infektion auftreten.

W. Chrzelitzer-Posen.

Erfrierung der Hand, Raynauds Krankheit vortäuschend, von N. S. Yawgen-Philadelphia. (New York m. J., 26. Aug. 1916.) Patient, ein 31jähriger Bremser, hatte sich während seiner Beschäftigung die rechte Hand erfroren, und zwei Monate später fühlten sich die Fingerspitzen kalt und schmerzhaft an; der anfangs heftige, brennende Schmerz dehnte sich über die Finger und die ganze Hand bis zum Handgelenk aus, hielt mit mehr oder weniger Unterbrechungen sechs Monate an und war von keinerlei Schwellung begleitet, so daß Patient stets seiner Beschäftigung nachgehen konnte. Zwei Jahre lang war er dann frei von allen Symptomen, bis er gezwungen war, seine Hände in gehacktes Eis ungefähr 15 Minuten zu stecken: zuerst fühlte sich die Hand wie unempfindlich an, dann wurde das Gelenk schmerzhaft und geschwollen, es bildeten sich eine Anzahl Geschwüre, großenteils am Ulnarrande der Hand und an den Fingerspitzen; Daumen und alle Finger, mit Ausnahme des kleinen, waren beteiligt. Einige der Geschwüre hielten zwei Monate an. Das Allgemeinbefinden des Patienten war ein gutes, die Wassermannsche Probe negativ. Die Annahme, daß es sich um Raynaudsche Krankheit handle, schien bei dem ganzen Verlaufe gerechtfertigt, wenn auch das Bild der „symmetrisch" befallenen Stellen fehlte. Wahrscheinlich hat sich bei dem Patienten im Anschluß an die erste Erfrierung ein Entzündungsprozeß entwickelt, der dann zu Sklerose der Blutgefäße geführt hat; die offenkundige Gefäßveränderung und das Fehlen jeglicher Nervenerkrankung machen allerdings den Fall zu einem pathologisch-anatomischen Unikum.

M. Stern-München.

Schädigung der peripheren Nerven durch Erfrierung, von J. Schmeyer-Bad Gastein. (W. kl. W., 1917, Nr. 39.) Mitteilung verschiedener Fälle, bei welchen durch Erfrierung neuritische Symptome an Händen und Füßen bedingt wurden. Die Erfrierungsneuritis ist charakterisiert durch eine manschettenartig verteilte Anästhesie mit besonders nachts heftigen Schmerzen. Wenn Gelegenheit zur Erfrierung vorhanden, soll bei Auftreten von Schmerzen an den distalen Enden der Extremitäten die kutane Sensibilität geprüft werden. Das Vorhandensein von Anästhesie berechtigt zur Diagnose „Erfrierung", auch wenn die Haut noch keine vasomotorischen Störungen aufweist.

H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abortivbehandlung s. Ophthalmoblennorrhoe.
Abszesse u. Schorfe dch. Chinin, Moreau 112.
Abteilung f. Haut- u. Geschlechtskranke d. K.-Fr.-Josefsambulatoriums u. Jubiläumshospitals, Zeissl 16.
Adenomyom s. Nebenhodenadenomyom.
Aestivale s. Hydroa.
*Akne cachecticorum im gegenwtg. Kriege, Veress 97.
— urticata 219.
— s. Bromakne.
*Akneiforme, Exanthema folliculare, Sprinz 347.
Akrodermatitis chron. atrophicans m. sekund. Infiltrat. u. Ulzeration., Lomholt 123.
Albuminurie n. künstl. Höhensonne, Dotzel 186.
— d. Stehens (orthostatische A.), Nassau 186.
— Wesen u. Pathogenese d. orthostatischen, Dziembowski 187.
Albuminurien. Genauere Unterscheidung d. renalen, Strauss 186.
Albuminurische Nephropathie. Ödemkrankheit eine an-, Franke 424.
Aleppobeule, Ledermann 340.
Alopezie inf. Verletzgn. d. Z. N. S. Pigmentveränderngn. d. Haut u. Haare bei, Goldman 122.
American Dermatological Association 32.
Anaphylaktisch s. Ekzem, Hautkrankheiten.
Angiom s. Lymphangiom.
Argaldin s. Blennorrhoe.
Arhovin s. Blennorrhoe.
D'Arsonval-Ströme s. Fulguration.
Arthigoninjektion z. Feststellung d. Blennorrhoeheilung, Gans 204.
Arthritis. Blennorrhoische, Wilms 234.
— Bhdlg. d. blennorrhoischen, Laudecker 235.
— Hypophyse b. blennorrhoischer, Macy 234.
— Operative Bhdlg. schwerer Fälle von blennorrhoischer, Wilms 234.
— Vakzinebhdlg. d. blennorrhoischen, Dosmar 235.
Artifizielle Hautkrankheiten, Collie 437.
Atrophia cutis maculosa unter d. Bilde einer Dermographia selecta persistens, Scipal 122.
Augenbrauenwülste. Entstehg. u. Bedeutg. der, Aichel 254.
Aureollampe. Siemens-, Ulrichs u. Wagner 375.
Autoserotherapie s. Epididymitis.

Bäder s. heiße B.
Bakterien u. Spirochäten. Methode z. Sichtbarmachg. von, Benians 287.
*Bakterienkerns. Nachweis des, Schumacher 17, 38.
Bakteriologischer Nährböden. Verhütung d. Eintrocknens, Martiri 319.
Balnazid, Berliner 392.
*Bartflechte. Bhdlg. der, Richter 413.
*— Kalihypermanganbhdlg. der, Richter 105.
— s. Sykosis.
*Bartflechten. Bekämpfung der, Philip 283.
*Bartflechtenepidemie. Zur gegenwärtigen, Galewsky 79, Bruhns 225.
Behandlung in der Dermatologie. Brotfreie, Sabouraud 80.
Beischlaf befruchtend? Wann ist der, Siegel 154.
Berichtigung, Schindler 344.
Bettnässern. Röntgenbefunde bei, Janke 64.
Beule s. Aleppo-, Orientbeule.
Biozyme, Arnheim 405.
— Bolus, 221.
*Blastomycetica. Erosio interdigitalis, Fabry 321.
Blennorrhagisch s. Urethritis, Blennorrhoisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoe n. Friedensschluß. Einschränkung d. Verbreitung der, Reiter 192, Gans 203.
— Chronische, Barnes 221.
— Streptobacillus urethrae b. chronischer, Engwer 206.
— Thermopräzipitinreaktion b. chronischer, Schürmann 205 (Bis), Friedberger u. Heyn 205, Emmerich 205.

Digitized by Google

Blennorrhoe d. Weibes, Bucura 220.
— — — Diagnose der, Bucura 220.
— ein heilbares Leiden, Wajeth 206.
— Physikalisch-chem. Grundlagen d. Therapie der, Oelze 236.
— Bhdlg. renitenter, Mayer 236.
— beim Manne. Bhdlg. der, Roth 221.
— — — Bhdlg. der komplizierten, Brölemann 235.
— Bedeutg. d. bimanuellen Untersuchg. d. Vorsteherdrüse u. Samenblasen b. d. Bhdlg. der, Jacobsohn 205.
— b. Manne ohne Antiseptikum bhdlt. u. geheilt, Picker 206.
— Argaldin bei, Meyer 239, Schindler 240.
— Arhovin bei, Tröscher 238.
— Choleval bei, Baer 239, Dufaux 239, Kall 252, Schindler 240.
— d. Männer u. Weiber. Choleval bei, Frieboes 239.
— d. Mannes. Choleval bei, Meyer 252.
— Elektrolyse b. chronischer, Russ 222.
— Fieberbehandlung der, Scholtz 236.
— Fiebertherapie b. Kinder-, Engwer 220.
— Fulmargin intravenös b. Komplikationen der, Pakuscher 223.
— Gonargintherapie u. -diagnostik bei, Götze 253.
— Heißbäder u. Dakinlösung bei, Duncker 252.
— Wärme bei, Heusner 237.
— Jod bei, Abramowitz 253.
— Kavakain bei, Haedicke 238.
— Milchbhdlg. der, Krausz 238.
— Protargolsalbe bei Frauen-, Kuznitzky 221.
— Silberiontophorese bei, Koller 238.
— Succinimidquecksilberinjektionen bei, Lake 253.
— Tierkohle bei, Oppenheim u. Schlifka 253.
— Vakuumbougie b. chronischer, Cambell 222.
— Vakzinebhdlg. der, Hyman 222, Warden 238, Klause 238.
— Vakzinebhdlg. akuter, Planner 237.
— d. Kinder. Vakzinebhdlg. der, Hamburger 207.
— Verschiedene Zinksalze bei, Schaefer 253.
— s. Ophthalmo-, Rektalblennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhoea neonatorum, Kujumdzreff 207.
Blennorrhoeheilung. Arthigoninjektion z. Feststellung der, Gans 204.
Blennorrhoisch (-ica) s. Arthritis, Epididymitis, Follikulitis, Keratose, Salpingo-Oophoritis, Vulvovaginitis, Blennorrhagisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoische Erkrankg. paraurethraler Gänge. Isolierte, Hellwig 223.
— Infektion d. Urethraldrüsen. Lefort 224.
— Phlebitis usw., Massini 234.
Blennorrhoischen Komplikationen. Proteinkörper-Vakzinetherapie bei, Weiss 238.
Blennorrhoischer Komplikationen. Intravenöse Vakzinebehandlung, Weiss 223. Bemerkung, Weiss 223.
Blennorrhoisches Exanthem usw., Massini 234.
Brightii. Morbus s. Nephritis.
Bromakne, Ledermann 342.
Bubo a. d. linken Seite. Vorherrschen des, Montpellier 142.
Buchweizenerkrankung. Experim. Beiträge zur, Merian 421.
Bukkosperin 392.

Cadogel. Teerpräparat, Polland 392.
Chinin s. Abszesse.
Cholera asiatica. Exantheme bei, Arzt 421.
Choleval s. Blennorrhoe.
Chrysarobin. Cignolin für, Galewsky 405, Meirowsky u. Stiebel 405.
Cignolin f. Chrysarobin, Galewsky 405, Meirowsky u. Stiebel 405.
Climacterium virile. Urosexuelle Störungen u. Prostataveränderg. beim, Marcuse 158.
Condylomata acuminata b. Kindern, Breuning 139.
Copaivae. Rehabilitation d. Balsamum, Beckers 392.
Cremor Zinci 122.

*Dariersche Erkrankung, Salomon 177.
Dermatitis ekzematiformis u. Psoriasis. D. factitia, Rivalta 286.
— factitia, D. ekzematiformis u. Psoriasis, Rivalta 286.
— s. Akrodermatitis.
Dermatologentag. Kriegs-, 208.
Dermatologie u. Venereologie. Militärische Regionszentrale für, Gougerot 141.
Dermatologische Gesellschaft. Deutsche, 376.
— Vereinigung. Nordische, 408.
Dermographia selecta persistens. Atrophia cutis maculosa unter d. Bilde einer, Scipal 122.
Diabetes? Gibt es einen renalen, Bergmark 173.
— insipidus m. Infantilismus, Barabo 173.
Diät u. Hautkrankheiten, Strickler 357.
Diathermie im Kriege, Braun 374.
*Diathermiebehandlung d. Gonorrhoe, Antoni 393.
Diphtherica s. Vulvitis.
Diurese, Holste 174.
*Dopareaktion, Kreibich 193.
*J. Doutrelepont (†), Fabry 404.

Digitized by Google

Druckfehlerberichtigung zur Arbeit Ullmann (1917, Nr. 49) 32.
*Dyshidrosis. Mykotische, Graffenried 361.

Ehe, Krieg u. Geschlechtskrankheiten, Vogel 240.
Eiweißbestimmung im Urin. Schnellmethode zur quantitativen, Gad-Andersen 187.
Eiweißnachweis im Urin, Eicke 187.
Ekzem. Urtikarielles, Müller 342.
— Anaphylakt. Nahrungsmittel-Reaktionen bei, Strickler 357.
Elarson u. Solarson, Bogner 406.
Elefantiasis d. Penis, Hesse 123.
Elektrizität. Schädigungen d. Haut durch, Björnwall 438.
Elektrolyse b. chron. Blennorrhoe, Russ 222.
*Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis, Muijs 65.
Endotheliom s. Hämangioendotheliom.
Entzündungen u. Eiterungen. Terpentineinspritzungen bei, Klingmüller 374.
Enuresis militarium, Ullmann 63.
— nocturna b. Soldaten. Incontinentia vesicae und, Fuchs u. Gross 63.
— — b. Mangel d. Vorsteherdrüse, Levin 63.
— — Wirkungsart d. epiduralen Injektion bei, Sarbó 64.
*— — Bhdlg. d. Blasenschwäche u. der, Schrader 230.
Epidermiszelle. Bau der, Rosenstadt 254.
*Epidermomycosis inguinalis. Endomyces albicans als Ursache einer, Muijs 65.
Epididymitis, Primäre, Åhmann 157.
— Vereiternde blennorrhoische Orchi-, Butte u. Simon 142.
— Autoserotherapie d. blennorrhoischen, Wagon 233.
— Punktion b. akuter, Walther 157.
— Stütz- u. Stau-Heftpflasterring z. ambul. Bhdlg. d. akuten, Wolff 139.
Epidurale Injektion b. Enuresis, Sarbó 64.
Epithelkörper dch. Lokalanästhesie. Beeinflussg. d. Lebensfähigkeit transplantierter, Passow 359.
Epitheliome am Rumpfe, Jadassohn 340.
Erektionen. Styptol bei, Winderl 253.
Erfrierung der Hand Raynauds Krankheit vortäuschend. Yawgen 440.
— Schädigung d. peripheren Nerven durch, Schmeyer 440.
Erfrierungen im Felde, Zuckerkandl 439.
Erythema chron. migrans, Bruhns 219, 340.

Fagopyrismus 421.
*Farbigen Rassen. Hautkrankheiten bei, Heim 257, 302.
Farbstifte z. Färbg. mikroskop. Präparate, Lipp 287.
Fettersparnis 360.
Fettlose Salbe. Lotional, eine, Sachs 372.
Fettsteine d. Harnwege, Schahl 174.
Fibromelanom, Hoffmann 342.
Fibrom s. Prostatafibrom.
Fiebertherapie 220, 221, 236.
Flecktyphuserregers. Morphologie des, Csernel 288.
Follikulitis. Fulguration b. blennorrhoischer, Swinburne 233, Ballenger u. Elder, 233.
— s. Perifollikulitis.
Fremdkörper s. Harnblasen-, Harnröhrenfremdkörper.
Fulguration s. Follikulitis.
Fulmargin 223.

Gasbrandbazillus. Bakteriol. u. serol. Untersuchgn. m. dem, Klose 287.
— Diff.-Diagnose des, Zacherl 288.
Genickstarre. Petechiales Exanthem der, Pick 434.
Genitalgangrän b. Kriegsteilnehmern. Spontane (infektiöse), Küttner 29, 95, Kyrle 95.
Genitalgeschwüre. Nicht venerische, Bachrach 79.
*— b. Manne. Sitz der, Hecht 129.
Genitalsystem. Eingangsstelle u. Ausbreitungsweise d. Tbc. im weiblichen, Hartmann 192.
Genitalverletzungen, Schönbauer 16.
Geschlecht, Geschlechtsleben u. innere Sekretionen, Marañon 32.
Geschlechtliche Potenz u. innere Sekretion, Posner 154.
Geschlechtsdrüsenausfall, Hirschfeld 47.
Geschlechtsdrüsenüberpflanzung, Lydston 155.
Geschlechtsentwicklung. Vorzeitige, Obmann 32.
Geschlechtskrankheiten u. Prostitution. Krieg, Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
— Krieg u. Ehe, Vogel 240.
— im Kriege. Haut- und, Finger 355.
— im Kriege u. Frieden. Statistisches ü. Haut- und, Pezzoli 356.
— Demobilisierung und, Horn 357.
— in Kopenhagen vor u. nach 1906. Lomholt 343.
— Prophylaxe der, Soulier 141.
— Bekämpfung der, Fein 355, Hammer 355, Hecht 355, Menzer 176.
— Gesetzentwurf z. Bekämpfung der, 207, Blaschko 256.
— Ärztestand u. Bekämpfg. der, May 342.
— in England. Kampf gg. die, Blaschko 343, 344.
— im Heere. Bekämpfg. der, Sattler 356.
— im Hinterlande. Bekämpfg. der, Finger 355.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten. Jahresversammlung der D. G. B. der, 192, 256.
— Schweizerischer Verein z. Bekämpfg. der, 176.
— Lazarettbehdlg. der, Zweig 175.
Geschlechtsleben u. innere Sekretionen. Geschlecht, Marañon 32.
Geschwür s. Genitalgeschwür.
Geschwülsten. Beeinflußt d. Krieg d. Entstehg. od. das Wachstum von, Hansemann 359.
— s. Tumor.
Gewerbliche Hautschädigungen, Pulvermacher 220.
*Gingivitis gonorrhoica, Perutz 102.
Glyzerinersatz 406, Bachem 406 (Bis).
— Mollphorus als, Meirowsky 406.
— Perkaglyzerin als, Karczag 407, Mendel 407, Odstrčil 407.
— Pego-Glykol als, Mendel 407.
Glyzerinfreie Schüttelmixturen, Herxheimer u. Nathan 122.
Gonargin 253.
Gonokokkus. Epithelzelle und, Glück 204.
— Bedingungen f. d. natürl. u. künstl. Wachstum des, Dale 318.
Gonokokken im Blute Blennorrhagischer. Nachweis der, Copelli u. Gennari 204.
— dch. Gonokokkenvakzinen. Provokation der, Heller 204.
Gonokokkendiagnostik durch Kutireaktion, Neisser 204.
Gonokokkenkulturen. Wirkung kolloider Metalle auf, Oelze 236.
Gonokokkensepsis, Pflanz 234.
— Genese der, Socin 233.
— blennorrh. Exanthem, blennorrh. Phlebitis, Massini 234.
Gonokokkenvakzinen. Provokation d. Gonokokken durch, Heller 204.
*Gonorrhoe. Diathermiebhdlg. der, Antoni 393.
Gonorrhoisch (-ica) s. Gingivitis, Nebenhodenentzündung, Blennorrhagisch, Blennorrhoisch.
*Gonorrhoeheilung. Provokator. Wirkg. d. Joddämpfe als Kriterium der, Odstrčil 425.
Granugenol Heusner 406, Rothe 406, Saudek 139, Schlenzka 406.
*Granugenpasta, Jacob 137.
*Granuloma pediculatum luposum, Zurhelle 345.

Haare b. Alopezie inf. Verletzungen d. Z.N.S. Pigmentveränderungen d. Haut und, Goldman 122.
Haarpinselbildung b. e. kongen.-syph. Kinde, Frieboes 123.
Haarrichtung d. Haussäugetiere, Nieboda 254.
Hämangioendotheliom, Saalfeld 342.
Hämaturie n. Kriegsverletzung, Berg 188.
— Phosphaturie als Ursache der, Perrier 188.
Hämoglobinurie. Marsch-, Lichtwitz 188.
— Pathogenese d. paroxysmalen Kälte-, Gerber 188.
Hämophilie. Bhdlg. d. Purpura und, Klinger 434.
Hämorrhagische Diathese b. Typhus abdominalis, Paratyphus A u. B, Herz 435.
Hämorrhagischen Diathese b. essentieller Thrombopenie n. Milzexstirpation. Verschwinden der, Kaznelson 434.
Hämorrhagischer Diathesen. Allgemeininfektion m. Staphylococcus albus als Ursache, Levy 434.
Händedesinfektion, Baracz 176.
— ohne Seife, Gocht 360.
*Harn. Technik d. Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und, Lipp 26.
— Tages- u. Nacht-, Jespersen 174.
— Bedeutg. d. Basen-Säureverhältnisses im, Salkowski 175.
— s. Eiweiß, Porphyrin, Zucker.
Harns. Theorie d. Residual-, Blum 159.
— Wesen d. Polyurie b. Abflußerschwerung des, Veil 174.
— Klin. Bedeutg. d. Oberflächenspannung des, Posner 175.
— Medikament. Rotfärbung alkalischen, Saake 186.
Harnabsonderung v. chem. u. physiol. Standpunkte, Backman 174.
Harnapparat. Diagnose u. Therapie d. Blutungen aus dem, Casper 174.
Harnblase m. Eukupin. Anästhesierung der, Schneider 108.
— im Kriege. Schußverletzungen der, Kielleuthner 112, Geiges 123.
— Kriegschirurgie der, Flechtenmacher 123.
— Kolibazilleninfektion der, Morris 124.
Harnblasenektopie. Heilung der, Rovsing 109.
Harnblasenfremdkörper, Cattaneo 108.
— Harnröhren- und, Roth 108.
— Fistel durch, Faddei 108.
Harnblasenkarzinom. Diagnose des, Buerger 128.
Harnblasenlähmungen nach intralumbalen Optochininjektionen, Landsberger 107.
Harnblasenleiden im Kriege. Bedeutung u. Bhdlg. der, Munk 109.
Harnblasenpapillomen. Diagnose von, Buerger 128.
— Bhdlg. von, Praetorius 125, Greenberg 127.
— Hochfrequenzströme bei, Key 125.
Harnblasenparalyse usw. Diagnose, Pathogenese u. elektr. Bhdlg. der, Courtade 111.

Digitized by Google

Harnblasenprolaps, Amberger 109.
*Harnblasenschwäche u. d. Enuresis nocturna. Bhdlg. der, Schrader 230.
*— d. Frauen, Samson 213.
Harnblasensteine. Korallenartige, Günther 108.
Harnblasenstörungen b. Soldaten. Nervöse, Juliusberg u. Stetter 110.
Harnblasentuberkulose b. d. Frau. Harnröhren- und, Rosenbach 190.
Harnblasentumoren. Pathologie der, Buerger 128.
— Bhdlg. der, Geraghty 127.
Harnblasenverletzungen. Kriegserfahrungen üb. Harnröhren- und, Körte 111.
Harninkontinenz u. Enuresis nocturna b. Soldaten, Fuchs u. Gross 63.
— Einspritzungen ins Perineum bei, Cahier 64.
Harnorgane. Kriegserfahrgn. üb. Erkältungskrankheiten der, Blum 29.
Harnprobe. Prinzip d. Gramschen Färbung als Grundlage einer prognost. allgem. verwertbaren, Kronberger 186.
Harnröhre d. Mannes. Klappen d. Fossa navicul. in der, Loewenthal 96.
— — — Schwierigkeiten b. d. Durchführung starrer Instrumente dch. die, Goldberg 106.
— Schußverletzungen der, Hofmann 96.
Harnröhrenfremdkörper. Harnblasen- und, Roth 108.
Harnröhrenkanalisation b. kompl. traumat. Narbenstenose, Altorelli 107.
Harnröhrenkarzinom m. priapismusähnl. Folgen. Primäres, Allenbach 107.
Harnröhrenkrankheiten d. Mannes, Kidd 96.
Harnröhrenpapillome. Bhdlg. der, Greenberg 127.
Harnröhrenplastik dch. Venentransplantation, Legueu 106.
Harnröhrentuberkulose b. d. Frau. Blasen- und, Rosenbach 190.
Harnröhrenvarizen b. Manne, Mark u. Carthy 107.
Harnröhrenverletzungen. Kriegserfahrgn. üb. Harnblasen- und, Körte 111.
Harnröhrenwunden u. Verweilkatheter, Rothschild 106.
Harnsäurereaktion im Speichel, Woorden u. Fischer 189.
*Harnsteine. Bildg. d. Gallen- und, Lichtwitz 209.
Harnwege. Fettsteine der, Schahl 174.
Haut u. Haare b. Alopezie inf. Verletzungen d. Z.N.S. Pigmentveränderungen der, Goldman 122.
Hautkapillaren. Klin. Bedeutg. d. Beobachtg. der, Weiss 255.
Hautkapillaren a. lebenden Menschen. Diagnost. Verwertbarkeit d. mikroskop. Untersuchgn. der, Thaller 255.
— Beweggn. der, Thaller 255.
*Hautkrankheiten. Herdinfektion i. Zusammenhang m. gewissen, Ravitch 58.
— Anaphylakt. Nahrungsmittel-Reaktionen bei, Strickler 357.
— im Kriege. Geschlechts- und, Finger 355.
— im Kriege u. Frieden. Statistisches über Geschlechts- und, Pezzoli 356.
— s. Artifiziell, Diät, Urämisch.
Hautlymphgefäße d. Hundes, Baum 254.
Hautnerven. Verteilg. d. menschlichen, Simonelli 255.
*Hautpilzerkrankungen beim Menschen u. Vieh. Zunahme der, Mense 282.
Hautsarkoide. Bakteriol. Studien üb. Lupus pernio und, Schaumann 288.
Hautsensibilitätsbezirke. Struktur d. spinalen, Goldscheider 255.
Hauttumoren. Anatom. Verteilg. der, Beuren 358.
*Adolf Havas †, Rille 15.
Hefepräparat „Biozyme", Dauer-, Arnheim 405.
Heiße Bäder u. verdünnte Dakinlösung b. Blennorrhoe, Duncker 252.
Heliotherapie. Therapeut. Bemerkgn. zur, Heusner 374.
Hermaphroditismus. Begriff u. Definition des, Krizenecky 46.
— verus bilateralis b. Menschen, Kleinknecht 46.
— s. Pseudohermaphroditismus.
Hochfrequenzströme s. Harnblasenpapillome.
Hoden. Prostatahypertrophie und, Praetorius 158.
Hodenektopie. Erhaltung d. Hodens bei, Philipewicz 156.
Höhensonne. Albuminurie n. künstlicher, Dotzel 186.
— b. Hautleiden. Künstliche, Polland 375.
Homosexualität. Ketzergedanken über, Sadger 48.
Hund s. Hautlymphgefäße.
Hydroa aestivale u. vacciniforme, Perutz 139.
Hypergenitalismus—Hypernephrom, Bergh 47.
Hypernephrom—Hypergenitalismus, Bergh 47.
Hypodermo-Dermitis autocontusiva d. Extremitäten, Mori 438.
Hypophyse s. Arthritis.
Hypospadiebehandlung, Weitz 94.

Immunkörper u. -reaktionen. Wirkg. v. Druck auf, Müller 360.
Impotenz. Bhdlg. d. psychischen, Maier 154.

Digitized by Google

Infantilismus. Diabetes insipidus mit, Barabo 173.
— Renaler, Porter 173.
Innere Sekretion und geschlechtl. Potenz, Posner 154.
— Sekretionen. Geschlecht, Geschlechtsleben und, Marañon 32.
— Störungen. Chron. Infektionen des Urogenitalapparates u. unklare, Young 30.
Iontophorese s. Silberiontophorese.

Jodnebenwirkung. Therapie der, Heinen 419.
Jodprobe. Einfache, Schumacher 419, Hecht 420.
Jodwirkung. Therapeutische, Boruttau 419.

Karzinom s. Harnblasen-, Harnröhren-, Vaginalkarzinom.
Kastration a. d. Larynx d. großen Haussäugetiere. Einfluß der, Schreiber 155.
Katheter. Harnröhrenwunden u. Verweil-, Rothschild 106.
Kavakain 238.
Keimdrüsen. Wirkg. eines Hormones des Corpus luteum auf männl. u. weibliche, Herrmann u. Stein 32.
Keratose. Blennorrhoische, Montpellier 140.
Kinder s. Blennorrhoe, Condylomata acuminata, Rektalblennorrhoe.
Kolpitis. Bhdlg. d. Trichomonas-, Hoehne 191.
Kopfhaut s. Nävogener Tumor.
Krieg s. Akne cachecticorum, Diathermie, Erfrierungen, Genitalgangrän, Geschwülste, Harnblase, Harnblasenleiden, Harnblasenverletzungen, Harnorgane, Harnröhrenverletzungen, Nephritis, Nierenerkrankungen, Ödem, Penisplastik, Skorbut, Urogenitalsystem.
*— Geschlechtskrankheiten u. Prostitution, Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
— Ehe u. Geschlechtskrankheiten, Vogel 240.
— Hautkrankheiten u. Syphilis im, Napoli 285, 286.
Krieges. Dermatologische Beobachtgn. wd. des, Lipschütz 138.
Kriegsbehandlung d. Dermato-Syphilidologie, Kromayer 360.
Kriegsverletzung. Hämaturie nach, Berg 188.
Kurpfuscher. Bhdlgsverbot für, 376.

Labia minora dch. Pubes. Strangulation der, Haslund 189.
Lac Zinci 122.
Laneps eine neue Salbengrundlage, Baer 372, Rapp 372, Galewsky 405.
— Wundbhdlg. mit, Eberstedt 373.
*Leo Leistikow †, Delbanco 153.
*Lepra, bes. d. makulo-anästh. Form. Übertragbarkeit der, Lie 1.
— Tuberkuloseähnl. Gewebsveränderungen bei, Hoffmann 359.
Leprabazillen. Albert Neisser u. die Entdeckung der, Czaplewski 139.
Leukämie s. Pseudoleukämie.
Leukogen 377, 398.
Levurinose 191.
Lichen ruber planus. Allgemeinerscheinungen insbes. Blutveränderngn. bei, Pontoppidan 122.
— sclerosus, Kreibich 139.
Licht s. Quarzlicht.
Lichtbiologische Beobachtung, Collin 375.
Lipomata scroti, Dubinsky 155.
Lippen s. Psoriasis.
Livedo racemosa, Bruhns 218.
Lotional eine fettlose Salbe, Sachs 372.
Luminaldermatitis, Curschmann 438.
Luminalexantheme, Strauss 422.
Lupus erythematodes 218.
— pernio u. Hautsarkoide. Bakteriolog. Studien über, Schaumann 288.
Lupus vulgaris. Fokalreaktion n. d. Tuberkulininjektion beim, Fönss 123.
Luposum s. Granuloma.
Lymphangiom s. Samenstranglymphangiom.
Lymphgefäße s. Hautlymphgefäße.
Lymphatischer Hautveränderungen. Morphologie, Nobl 359.

Makrodaktylie, Sprinz 342.
Malaria. Urobilinogenurie bei, Antic u. Neumann 187.
Mangandioxyd-Hydrosol b. äußerer Anwendung, Sarason 420.
Melanismus d. Cymatophora. Entwicklung des, Hasebrock 287.
Melanom s. Fibromelanom.
Melanose 342, Ledermann 219, Blaschko 338.
Melanotisch s. Pigment.
Menstruation. Nierentuberkulose und, Hofmann 190.
Metallen dch. die Haut. Aufnahme von, Vogt u. Burkhardt 360.
Mikroskopischer Präparate. Farbstifte z. Färbung, Lipp 287.
*Mikrosporon v. Tiertyp. Sycosis parasit. dch. ein neues, Fischer 241.
— xanthodes 241.
Milchbehandlung 238.
Milchinjektionen 223.
Mollphorus als Glyzerinersatz, Meirowsky 406.
Molluscum contagiosum, Diamare 286.
Moronal, Harzbecker 420.
Mycosis fungoides. Klinik b. Pseudoleukämie und, Polland 122.

Digitized by Google

Mykotisch s. Dyshidrosis.
Myom s. Adenomyom.

Nävogener Tumor d. Kapillitums, Sprinz 342.
Naevus follicularis keratosus. Halbseitiger systematisierter, Kleine 139.
Nebenhodenadenomyom, Sakaguchi 157.
Nebenhodenentzündung. Epidemische Speicheldrüsen- und, Eichhorst 157 (Bis).
— Diagnose d. hauptsächlichsten Formen von, Linser 157.
*— Subskrotale Injektionen b. gonorrhoischer, Saudek 384.
— s. Epididymitis.
*Nekrolog für Adolf Havas, Rille 15.
*— — Leo Leistikow, Delbanco 153.
*— — J. Doutrelepont, Fabry 404.
Nephritis fibroplastica maculosa et diffusa 171.
— Überraschende Todesfälle bei, Dietrich 171.
— d. Menschen. Weiße Fleckniere d. Kälber u. interstit. akute, Sakaguchi 171.
— Therapie d. hämorrhagischen, Wolff 171.
— Chronische (M. Brightii), Volhard 171.
— Einfluß reiner Zuckerdiät auf Ödem b. chronischer, Tedesco 433.
— b. Kriegsteilnehmern, Sladek 159.
— im Kriege. Neue Form akuter, Ullmann 160.
— Kriegs-, Kayser 167, Strauss 186.
— Was ist Kriegs-?, Brosch 160.
— Ätiologie d. Kriegs-, Weigel 167, Beitzke u. Seitz 168.
— Zellen d. Blutes u. Harnes i. d. Kriegs-, Labor 168.
— Wert d. Augenspiegeluntersuchg. f. d. Begutachtg. der Kriegs-, Horniker 168.
Nephritiker. Prognost. Bedeutg. d. Hyperkreatinämie der, Rosenberg 172.
Nephritikern. Stickstoffhaltige Retentionsstoffe im Blute bei, Rosenberg 172.
Nephritica. Colica, Rosenfeld 172.
Nephropathie. Ödemkrankheit eine analbuminurische, Franke 424.
Nervenzellen d. Haut, Kreibich 138.
Neugeborene s. Blennorrhoea.
Niere. Weiße Fleck-, Sakaguchi 171.
Nieren. Staphylomykosen der, Schlagenhaufer 173.
Nierendiagnostik. Funktionelle, Noorden 168, Machwitz u. Rosenberg 169.
Nierenerkrankungen. Richtlinien i. d. Klinik der, Umber 170.
— Diagnostik d. entzündl. u. degenerativen, Schrumpf 169.
— Ätiologie d. Herzhypertrophie bei, Ceelen 172.
— b. Kriegsteilnehmern, Preminger 159.
— im Felde. Entstehung der, Hirschstein 167.
Nierenkranke. Organisat. u. klin. Erfahrgn. in d. Sammelstelle für, Schütz 159.
Nierensteins. Selbstzerklüftung eines, Adrian 46.
Nierentuberkulose u. Menstruation, Hofmann 190.
Nierenzyste. Solitäre, Naegeli 173.

Ödem. Kriegs-, Maase u. Zondek 432.
— im Bereich d. vegetativen Neurosen. Quinckesches, Stehr 433.
Ödeme b. chron. Nephritis. Einfluß reiner Zuckerdiät auf, Tedesco 433.
— Eigenartige, Maase u. Zondek 432, Lange 432.
— Harte, Labor 433.
— Hunger-, Knack 433.
Ödemformen. Chemismus verschiedener, Falta u. Quittner 424.
Ödemfrage. Zur, Eppinger u. Steiner 423.
Ödemkrankheit, eine analbuminurische Nephropathie, Franke 424.
— Gehäuftes Auftreten e. eigenartigen, Schiff 433.
— Pathologie der, Schiff 424.
Ophthalmoblennorrhoe. Abortive Bakteriotherapie akuter, Szily u. Sternberg 223.
— Abortivbehandlung der, Possek 223.
— Milchinjektionen bei, Bechstez 223.
Organtherapie s. Sexuelle Störungen.
Orientbeule, Stancanelli 286.

Papillom s. Harnblasen-, Harnröhrenpapillom.
Paraurethraler Gänge. Isolierte blennorrh. Erkrankung, Hellwig 223.
Paschensche Körperchen, Paschen 287.
Pellagra, Sambon 422, Aulde 422.
— Ätiologie der, Page 423.
— Ätiologie u. Bhdlg. der, Yarbrough 422, Bond 423.
Pellidol, Rothe 406.
— Scharlachrot und, Neumayer 420.
Penis s. Elefantiasis.
Penisplastik b. e. Kriegsverletzten, Esser 95.
Perifolliculitis abscedens et suffodiens, Sprinz 342.
Peritonitis s. Salpingo-Oophoritis.
Perkaglyzerin als Glyzerinersatz, Karczag 407, Mendel 407, Odstrčil 407.
— i. d. Urologie, Posner 48.
Perkaglyzerinsalben, Stephan 407.
Pest s. Schweinepest.
Petechialen Exanthem d. epidem. Genickstarre. Histolog. u. histol.-bakteriol. Befunde beim, Pick 434.
— Exantheme. Histologie der, Benda 434.
Phimose. Operation der, Langemak 154.
Phimosen. Apparat z. allmählichen Erweiterung entzündlicher, Simon 142.

Digitized by Google

Phosphaturie als Ursache der Hämaturie, Perrier 188.
Pigment d. Kutis. Das melanotische, Kreibich 139.
Pigmentdrüse i. d. Nasenhaut d. Hasen, Schumacher 254.
Pigmentveränderungen d. Haut u. Haare b. Alopezie inf. Verletzungen d. Z. N. S., Goldmann 122.
Pilzepidemie, Buschke 338.
Pockenähnlicher Ausschlag b. Ferkeln, Vochetzer 144.
Polydaktylie m. Syndaktylie, Sprinz 342.
Polyurie. Eigenartige Form der, Hoffmann 174.
— b. Abflußerschwerung d. Harns. Wesen der, Veil 174.
Porphyrin im Harn n. Trionalvergiftung, Ellinger u. Riesser 187.
Prostata im mittleren Lebensalter. Menschliche, Lowsley 158.
— Bimanuelle Untersuchg. der, Jacobssohn 205.
— Enuresis nocturna b. angeborenem Mangel der, Levin 63.
— b. Climacterium virile. Veränderungen der, Marcuse 158.
Prostatafibrom, Naegeli 159.
Prostatahypertrophie u. Hoden, Praetorius 158.
Prostatektomie, Morton 158.
— Resultate der, Coenen u. Technau 159.
Prostatismus. Organotherapie des, Karo 48.
Prostatitis i. d. allgem. Praxis. Bhdlg. d. chronischen, Robinson 158.
*Prostitution. Krieg, Geschlechtskrankheiten und, Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
— Soziale Richtlinien d. Bekämpfg. der, Bozi 256.
— gesundheitlich unschädl. zu machen? Ist es unmöglich, die, Neisser 320.
Pseudohermaphroditismus masculinus completus, Möller 46, 47.
Pseudoleukämie, Heller 218.
— u. Mycosis fungoides. Klinik bei, Polland 122.
Psoriasis d. Lippenschleimhaut, Heller 218.
— Dermatitis factitia, D. ekzematiformis und, Rivalta 286.
Purpura erregende Krankheitszustände, Peutz 433.
— u. Hämophilie. Bhdlg. der, Klinger 434.
— Splenogene thrombolytische, Kaznelson 434.
— haemorrhagica 437.
— — Intramusk. Injekt. v. Blut bei, Emsheimer 434.
— rheumatica scorbutiformis, Gabbi 435.
— symptomatica 435.
Pyelitis m. Nachweis d. Erregers im Blut. Akute Koli-, Jürgensen 173.
Pyelozystitis n. Tonsillitis, Mills 125.

Quarzlicht b. Hautkrankheiten, Pisko 375.
Quecksilber. Anaphylaxie gegen, Zigler 418.
— b. Blennorrhoe. Succinimid-, Lake 253.
Quecksilbers im Organismus. Zirkulation des, Lomholt 408.
— Ausscheidungswege des, Almkvist 419.
Quecksilberverbindungen. Desinfektionskraft komplexer organischer, Schrauth u. Schöller 407.

Radium u. Röntgenstrahlen b. primärem Vaginalkarzinom, Levin 191.
— b. nichtmalignen chirurg. Erkrankungen, Abbe 376.
Raynaudsche Krankheit b. e. Syphilitiker, Lévy-Bing u. Gerbay 143.
— — vortäuschend. Erfrierung d. Hand, Yawgen 440.
— — Zerebrale Begleiterscheinungen der, Norman 421.
Rektalblennorrhoe b. Kindern, Stümpke 233.
Renal s. Albuminurien, Diabetes, Infantilismus.
Rheumatismus, Quincke 224.
— u. Haut, Cunningham 358.
Röntgenbefunde b. Bettnässern, Janke 64.
Röntgenbehandlung i. d. Oberflächentherapie. Filtrierte, Stümpke 374.
Röntgenphotographien e. Unterschenkels b. kongenit. Syphilis, Heller 218.
Röntgenrohr. Tiefentherapie-, Wintz 375.
Röntgenstrahlen u. Radium b. primärem Vaginalkarzinom, Levin 191.
— Idiosynkrasie d. Haut gegen, Schütze 374.
Roseolen der Haut bei Wolhynischem Fieber. Histologischer Befund in den, Schmincke 423.

Salbe. Lotional e. fettlose, Sachs 372.
Salbengrundlage. Laneps, eine neue, Baer 372, Galewsky 405, Rapp 372.
Salpingo-Oophoritis. Peritonitis bei blennorrhoischer, Zachariae 233.

Salvarsan.

(S. auch Syphilis I, L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan in forensischen Fällen. Nachweis des, Müller 376.
Salvarsanausscheidung im Urin als Wertmesser konzentrierter Injektionen und großer Infusionen, Engwer 391.
Salvarsaninjektion. Verhalten des Urins n. intravenöser, Cavina 226.

Digitized by Google

II. Therapie.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsanbehandlung. Wasserschaden in der, Nobl 392.
Salvarsaninjektionen. Intravenöse konzentrierte, Pontoppidan 392.
— Salvarsanausscheidg. im Urin als Wertmesser konzentrierter, Engwer 391.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsan. Spätikterus nach, Heller 218.
Salvarsaninjektion. Eigentüml. Folgen e. intramuskulären, Polland 392.
Salvarsantodesfall, Wadin 391.
Salvarsantodesfälle d. Schwangeren. Pathogenese der, Wechselmann 391.

Samenblasen. Bimanuelle Untersuchg. der, Jacobssohn 205.
Samenstranglymphangiom, Wiesner 156.
Samenstrangsarkom. Primäres peritheliales, Brand 156.
Sarkoide. Boecksche, Hoffmann 342.
— s. Hautsarkoide.
Sarkom s. Samenstrangsarkom.
Scharlachrot u. Pellidol, Neumayer 420.
Schmierölschädigungen d. Haut, 342.
Schüssen. Trophische Störungen nach Schädel-, Rychlik 359.
Schußverletzung s. Harnblase.
Schwangere s. Salvarsantodesfälle.
Schweinepest. Symptomatologie der, Vochetzer 144.
Schweißdrüsen. Innervation der, Dieden 254.
Seife. Händedesinfektion ohne, Gocht 360.
Serum u. Aderlaß. Eigen-, Spiethoff 390.
Serums. Therapeut. Verwendung d. Nachbarwirkg. des Eigen-, Müller 376.
Sexualhygienische Bewegung. Rückblick u. Ausblick a. d. moderne, Ullmann 319.
Sexualorgane. Organotherapie b. Erkrankgn. der, Karo 48.
Sexualpädagogik. Aufgaben der, Timerding 319.
Sexuelle Störungen b. Climacterium virile. Uro-, Marcuse 158.
Sexueller Insuffizienz. Testogan u. Thelygan bei, Bloch 155.
— Störungen. Organotherapie urosexueller- u. dermo-, Marcuse 31.
Silberiontophorese s. Blennorrhoe.
Skorbut 435, Much u. Baumbach 435.
— im Felde, Schneider 435.
— u. Chirurgie, Brüning 436.
Skorbuts. Hämatologie u. Klinik des, Leitner 435.
— Kriegschirurg. Bedeutg. des, Zlocisti 436.
Skorbuts, Ulzero-gangränöse Stomatitisformen des, Zlocisti 437.
Skorbutähnlicher Allgemeinerkrankung. Amyloidentartung der Magenwand bei, Beckert 437.
Skorbutiformis s. Purpura rheumatica.
Skorbutkranken. Beobachtgn. an Hemeralopie- und, Zak 437.
Skrotum s. Lipomata.
Solarson u. Elarson, Bogner 406.
Sonne s. Höhensonne.
Soor s. Vulva.
Speichel. Harnsäurereaktion im, Noorden u. Fischer 189.
Spermainjektionen. Wirkung von, Venema 420.
Spirochäten. Methode z. Sichtbarmachg. v. Bakterien und, Benians 287.
Sporotrichose. Tuberkuloseähnl. Gewebsveränderngn. bei, Hoffmann 359.
Spuman 191.
Staphylokokken. Toxine u. Antitoxine der pyogenen, Russ 288.
Staphylomykosen d. Nieren, Schlagenhaufer 173.
Stein s. Fett-, Harn-, Harnblasen-, Nierenstein.
Stomatitisformen d. Skorbuts. Ulzero-gangränöse, Zlocisti 437.
Strahlenbehandlung s. Vulvaaffektionen.
Streptobacillus urethrae 206.
Styptol s. Erektionen.
Sublimatintoxikation v. d. Scheide aus. Tod durch, Vollmer 407.
*Sycosis parasitaria dch. e. neues Mikrosporon vom Tiertyp, Fischer 241.
*— — profunda. Leukogen bei, Loeb 377, 398.
Syndaktylie. Polydaktylie mit, Sprinz 342.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Extragenitale Syphilis:
Zahnfleisches. Harter Schanker des, Gaucher u. Bralez 142.
Kriege. Hautkrankheiten u. Syphilis im, Napoli 285, 286.
Mädchen. Akquirierte Syph. b. e. achtjährigen, Gaucher, Bizard u. Bralez 142.
Reinduratio usw., Hell 138.
Reinfectio usw., Hell 138.
Schankriforme Papeln b. Lues, Hell 138.
Superinfectio usw., Hell 138.
*Tuberkulose d. Vulva auf luet. Basis. Geschwürige, Wichmann 33.
Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen bei Syphilis, Hoffmann 359.
Verbreitung d. Syphilis. Maßnahmen gg. die, Gaucher 139, 143.

Digitized by Google

B. Ätiologie.

C. Experimentelle Syphilis.

D. Diagnostik.

Gerinnungsprozeß v. Serum u. Blut b. Syphilis, Brieger 340.
Wassermannsche Reaktion. Biolog. Stadien d. Lues und, Wassermann 340.
*— — im Serum des Primäraffektes, Eicke 409.

E. Syphilis der Eingeweide.

Vulva u. Vulvitis diphtherica. Primäraffekt der, Egyedi 190.
*— auf luet. Basis. Geschwürige Tuberkulose der, Wichmann 33.
Zahnfleisches. Harter Schanker des, Gaucher u. Bralez 142.
Zunge b. Syphilis. Fissurierte, Gaucher 140.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Livedo racemosa (Ehrmann), Bruns 218.
Raynaudsche Krankheit b. e. Syphilitiker, Lévy-Bing u. Gerbay 143.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

I. Syphilis des Nervensystems.

Epilepsie. Syphilitische, Lévy-Bing u. Gerbay 140.
Nervensyphilis b. d. Arabern im Heere, Lévy-Bing u. Gerbay 142.
— b. e. Feldheere, Gougerot 143.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

L. Behandlung der Syphilis.

Arsenohyrgol. Enesolersatz, Skutezky 392.
Behandlung d. Syphilis, Zeissl 176.
— — — Früh-, Hoffmann 341.
*— oder Menschenbehandlung? Syphilis-, Merk 413.
Enesolersatz. Arsenohyrgol, Skutezky 392.
— Merarsol, Kren 420.
Kriegsbehandlung d. Syphilido-Dermatologie, Kromayer 360.
Merarsol als Enesolersatz, Kren 420.
Modenol, Frey 420.
Neosalavrsan u. Hg salicyl. b. Syphilis, Ruete 123.
*Novasurol, Gutmann 113.
*— b. Syphilis, Eitel 164.
Öls. Gefahren d. grauen, Gaucher 407.
Quecksilber u. Neosalvarsan b. Syphilis. Salizyl-, Ruete 123.
— b. Syphilis. Benzoesaures, Bory 141.
Salvarsan s. Salvarsan I—IV.
*Syphilistilgung. 10 Jahre amtlicher, Neumayer 49, 71, 82.

II. Erbsyphilis.

Appendizitis b. Hereditär-Syphilitischen, Gaucher 139.
*Behandlung der kongenit. Syphilis. Prognose und moderne, Wise 289.
*Fötus übertragen. Syphilis 16 J. n. d. Infektion auf den, Pedersen 81.
Haarpinselbildung a. d. haarlosen Kopfhaut e. kongenit.-syph. Kindes, Frieboes 123.
Meningitis b. e. Hereditär-Syphilitischen. Zerebrospinal- und syphilitische, Gerbay u. Charon, 144.
Röntgenphotographien e. Unterschenkels b. kongenit. Syphilis, Heller 218.
Spinalparalyse b. Syph. heredit. tarda. Primäre spastische, Wolff 139.
Zunge b. heredit. Syphilis. Fissurierte, Gaucher 140.

Tanargentan-Bolus 221.
Teerpräparat „Cadogel", Polland 392.
Tego-Glykol als Glyzerinersatz, Mendel 407.
Terpentineinspritzungen b. Entzündungen u. Eiterungen, Klingmüller 374.
Testogan 155.
Thelygan 155.
Therapeutische Quellen d. modernen Dermatologie, Scholtz 360.
Tierkohle 220, 253.
Transplantation. Bastardierung und, Hansemann 359.
Trichomonas-Kolpitis 191.
*Trichophytie. Gehäuftes Auftreten der, Galewsky 145.
*Trichophytiefrage. Zur, Unna jr. 335.
Trippers. Bhdlg. des, Zeissl 176.
— Resultate i. d. Bhdlg. d. Harnröhren-, Cornaz 236.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
Trophische Störungen nach Schädelschüssen, Rychlik 359.
*Tuberkelbazillenfärbung im Sputum und Harn. Technik der, Lipp 26.
Tuberkulinbehandlung in der Dermatologie, Ponndorfsche, Muschter 122.
Tuberkulininjektion b. Lupus vulgaris. Fokalreaktion nach der, Fönss 123.
*Tuberkulose d. Vulva auf luet. Basis. Geschwürige, Wichmann 33.
— im weibl. Genitalsystem. Eingangsstelle u. Ausbreitungsweise der, Hartmann 192.
— s. Harnblasen-, Harnröhren-, Nierentuberkulose.
Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen b. Syphilis, Lepra u. Sporotrichose, Hoffmann 359.
Tumor s. Harnblasen-, Haut-, nävogener Tumor, Geschwülste.

Digitized by Google

Tumoren. Ätiologie u. Biologie der, Saul 358.
— Hautaffektionen als erstes Symptom v. Mediastinal-, Schur 358.
Typhus abdominalis. Toxisches Exanthem bei, Schöppler 421.
— — Hämorrhagische Diathese — Pupura symptomatica u. Skorbut — bei, Herz 435.
Typhosa s. Urethritis.
Typhusschutzimpfungen. Hauterscheinungen nach, Matko 421.

Ulcus vulvae acutum, Lenartowicz 189.
Urämischen Hauterkrankungen. Pathologie der, Gruber 358.
Ureter. Überzähliger, Simon 174.
Urethritis acuta typhosa, Saphier 107.
— Nichtbakterielle, Nixon 107.
— b. d. Frau. Chronische blennorrhagische, Bizard u. Blum 220.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Urethritiden. Ätiologie d. nicht blenorrhoischen, Karnin 107.
Urethroskop f. Diagnose u. Therapie. Zysto-, Macedo 94.
Urobilinogenurie b. Malaria, Antic u. Neumann 187.
Urobilinurie. Bedeutg. der, Hildebrandt 187.
— Klinik der, Kirch 188.
Urogenitalapparates u. unklare innere Störungen. Chron. Infektionen des, Young 30.
Urogenitalsystems. Kriegsverletzungen des, Stutzin u. Gundelfinger 16.
— Antiseptika b. Infektionen des, Ravogli 32.
Urologie. Perkaglyzerin in der, Posner 48.
Urticaria perstans papulosa, Saalfeld 219.
— Pathol. u. therapeut. Studie b. Riesen-, Pagniez u. Vallery-Radot 423.
Urtikarielles Ekzem, Müller 342.

Vaginale Trockenbhdlg. m. Bolus-Biozyme, Berg 221.
— — m. Levurinose, Zacharias 191.
— — m. Tanargentan-Bolus, Hirsch 221.
Vaginalkarzinom. Radium u. Röntgenstrahlen b. primärem, Levin 191.
Vaginaltherapie. Spuman, ein Fortschritt in der Utero-, Trebing 191.
Vaginismus, Neermann 190.
Vakzine s. Gonokokkenvakzine.
Vakzinebehandlung s. Arthritis, Blennorrhoe, Blennorrhoische Komplikationen.
Vakziniforme s. Hydroa.
Varizen s. Harnröhrenvarizen.
Venereologie. Militärische Regionszentrale für Dermatologie und, Gougerot 141.
Verbrennungen I. u. II. Grades. Klebeflüssigkeiten bei, Büllmann 439.
Vulva s. Ulcus, Tuberkulose.
— Soor der, Golliner 190.
Vulvaaffektionen. Strahlenbhdlg. der, Freund 191.
Vulvitis diphtherica. Primäraffekt d. Vulva mit, Egyedi 190.
Vulvovaginitis infantum. Uteruserkrankung bei, Mucha 190.
— blennorrhoica. Tierkohle bei, Géber 220.
— — b. kleinen Mädchen. Fieberbdlg. der, Ylppö 221.

Warzen. Entstehungsweise der, Cronquist 123.
Wolhynischem Fieber. Histolog. Befund in d. Roseolen d. Haut bei, Schmincke 423.
Wundbehandlung, Spiegel 372.
— m. Dakinscher Lösung, Hirschberg 373.
— m. Laneps, Eberstedt 373.
— Schädlichkeit der essigs. Tonerde b. d. feuchten, Gelinsky 373.
Wundflächen. Überhäutung großer, Spiegel 372.

Zellstudien, Rosenstadt 254.
Zirkumzision. Technik der, 94.
Zuckermengen im Harn. Qualitat. Nachweis kleiner, Gellmuyden 189.
Zuckernachweis im Urin. Methylenblau zum, Liebers 189.
Zyste s. Nierenzyste.
Zystistis. Chronische, Praetorius 124.
— s. Pyelozystitis.
Zystoskopische rektovesikale Durchleuchtung, Pelouze 80.
Zystostomie. Suprasymphysäre, Kalb 108.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abbe, Robert, Radium b. nichtmalignen chirurg. Erkrankungen 376.
Abramowitz, M., Die Bedeutg. d. Jods bei Blennorrhoea 253.
Adrian, C., Ein Fall von Selbstzerklüftung eines Nierensteines 46.
Åhmann, Gösta, Über primäre Epididymitis 157.
Aichel, Otto, Vorläufige Mitteilg. üb. Entstehg. u. Bedeutg. d. Augenbrauenwülste, zugl. ein Beitrag z. Abänderung d. Knochenform dch. physiol. Reizg. d. Periostes 254.
Allenbach, E., Primäres Urethralkarzinom m. priapismusähnlichen Folgen 107.
Almkvist, J., Untersuchgn. üb. die Ausscheidungswege des Quecksilbers 419.
Altobelli, Raffaele, Kanalisation d. Urethra b. kompletter traumatischer Narbenstenose 107.
Amberger (Frankfurt a. M.), Ein seltener Fall von Prolaps der Harnblase 109.
Antic, D. u. Neumann, F., Urobilinogenurie bei Malaria 187.
*Antoni, Ein Btrg. z. Diathermiebhdlg. d. Gonorrhoe 393.
Arnheim, Erfahrgn. m. d. Dauerhefepräparat „Biozyme“ 405.
Arning 338, 342.
Arzt, Leopold, Über Exantheme b. Cholera asiatica 421.
Aulde, John, Pellagra. Eine kritische Studie 422.

Bachem, C., Ein neuer brauchbarer Glyzerinersatz 406 (Bis).
Bachrach (Frankfurt a. M.), Die nichtvenerischen Genitalgeschwüre 79.
Backman, E. L., Die Absonderung d. Urins vom chem. u. physiolog. Standpunkte 174.
Baer, Erfahrgn. m. d. neuen Salbengrundlage „Laneps“ 372.
— 340.
Baer, Th., Üb. Versuche m. d. neuen Antiblennorrhoikum „Choleval“ 239.
Ballenger u. Elder, Die Bhdlg. d. blennorrhoischen Follikulitis dch. Kauterisation m. dem D'Arsonval-Strome 233.
Barabo, Th., Über Diabetes insipidus mit Infantilismus 173.
v. Baracz (Baroncz), R., Zur Frage d. Desinfektion d. Hände m. bes. Berücksichtgg. d. Kriegschirurgie 176.
Barnes, William S., Chronische Blennorrhoe 221.
Baum, Hermann, Die Lymphgefäße d. Haut d. Hundes 254.
Baumbach, Karl s. Much.
Bechstez, Ernst, Z. Bhdlg. d. Blennorrhoe des Auges m. Milchinjektionen 223.
Beckers, Wilhelm, Zur Rehabilitation d. Balsamum Copaivae, veranlaßt dch. Bukkosperin 392.
Beckert, Günther, Ausgedehnte isolierte Amyloidentartung d. Magenwand b. skorbutähnlicher Allgemeinerkrankung (Purpura haemorrhagica) 437.
Beitzke, H. u. Seitz, Untersuchgn. üb. die Ätiologie d. Kriegsnephritis 168.
Benda, C., Zur Histologie d. petechialen Exantheme 434.
Benians, H. C., Methode zur Sichtbarmachung v. Bakterien u. Spirochäten 287.
Berg, Die vaginale Trockenbhdlg. mit Bolus-Biozyme 221.
Berg, Georg, Zur Hämaturie n. Kriegsverletzung 188.
van den Bergh, A. A. Hijmans, Hypernephrom-Hypergenitalismus 47.
Bergmark, G., Gibt es einen renalen Diabetes im klinischen Sinne? 173.
Berliner (Breslau), Üb. die Verwendg. des „Balnazid“ 392.
Bettmann 340.
van Beuren, F. T., Die anatom. Verteilg. der Hauttumoren 358.
Bizard, Léon u. Blum, Paul, Chronische blennorrhagische Urethritis b. d. Frau 220.
—, s. Gaucher.

Digitized by Google

Björnwall, Üb. Schädigungen d. Haut dch. Elektrizität 438.
Blaschko, Adolf, Neues Gesetz z. Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 256.
— Melanose 338.
— Der Kampf gg. die Geschlechtskrankheiten in England 343, 344.
— 176, 341.
Bloch, Iwan, Weitere Mitteilungen z. Bhdlg. der sexuellen Insuffizienz mit Testogan u. Thelygan 155.
Blum, Paul s. Bizard.
Blum, Victor, Kriegserfahrgn. üb. Erkältungskrankheiten der Harnorgane 29.
— Zur Theorie d. Residualharns 159.
Blumenthal 339.
Bogner, Elarson u. Solarson 406.
Bond, H. E., Ätiologie u. Bhdlg. d. Pellagra 423.
Boruttau, H., Btrge. z. therapeut. Jodwirkung 419.
Bory, Louis, Üb. die Nutzbarmachung eines neuen Präparates von benzoesaurem Quecksilber b. d. Syphilisbehandlung 141.
Bozi (Bielefeld), Soziale Richtlinien d. Prostitutionsbekämpfung 256.
Bralez, J. s. Gaucher.
Brand, Adolph, Primäres peritheliales Sarkom des Samenstrangs 156.
Braun (Solingen), Die Diathermie im Kriege 374.
Breuning, Condylomata acuminata b. Kindern 139.
Brieger, Klin. Bedeutg. d. Gerinnungsprozesses von Serum u. Blut dch. Alkohol b. Syphilis 340.
Brölemann, Die Bhdlg. d. komplizierten Blennorrhoe des Mannes 235.
Brosch, A., Was ist Kriegsnephritis? 160.
Brown, Edward Manning 144.
Brüning, F., Skorbut u. Chirurgie 436.
Bruhns, C., Livedo racemosa 218.
— Erythema chronicum migrans 219, 340.
*— Zur gegenwärtigen Bartflechtenepidemie 225.
— 219, 339, 342.
Bucura, C., Aktuelles üb. die Blennorrhoe d. Weibes 220.
— Zur Diagnose der Blennorrhoe b. Weibe 220.
Büllmann, Über Bhdlg. d. Verbrennungen I. und II. Grades m. Klebeflüssigkeiten 439.
Buerger, Leo, Tumoren d. Blase; ihre Pathologie u. spez. Berücksichtgg. der Diagnose v. Papillom und Karzinom 128.
Burkhardt, Jean Louis s. Vogt.
Buschke, Pilzepidemie 338.
Butte u. Simon, Clément, Fall von vereiternder blennorrhoischer Orchiepididymitis 142.
Cahier, M., Bhdlg. d. Incontinentia urinae m. Einspritzgn. ins Perineum 64.
Cambell, A., Ein Vakuumbougie z. Bhdlg. d. chronischen Blennorrhoe 222.
Carthy, Harvey, E. M. s. Merk.
Casper, L., Diagnose u. Therapie d. Blutungen aus dem Harnapparat 174.
Cattaneo, Feresio, Btrg. z. Kenntnis d. Blasenfremdkörper 108.
Cavina, Cesare, Üb. das Verhalten d. Urins nach intraven. Injektion von Salvarsan 286.
Chajes 340.
Charon, J. s. Gerbay.
Ceelen, W., Zur Ätiologie d. Herzhypertrophie b. Nierenerkrankungen 172.
Coenen, H. u. Technau, Die Resultate der Prostatektomie 159.
Collie, John, Über artifizielle Hautkrankheiten 437.
Collin, E., Eine lichtbiologische Beobachtung 375.
Copelli, Mario u. Gennari, Angelo, Üb. den Nachweis d. Gonokokken im Blute Blennorrhagischer 204.
Cornaz, Gorger, Resultate i. d. Bhdlg. d. Harnröhrentrippers 236.
Courtade, D., Diagnose, Pathogenese u. elektr. Bhdlg. der Blasenparalyse, die nach organ. Veränderungen des Nervensystems auftritt 111.
Cronquist, Carl, Zur Entstehungsweise der Warzen 123.
Csernel, Eugen, Üb. die Morphologie d. Flecktyphuserregers 288.
Cunningham, William P., Rheumatismus u. die Haut 358.
Curschmann, H., Über Luminaldermatitis 438.
Czaplewski (Köln), Albert Neisser u. die Entdeckung der Leprabazillen 139.

Dale, Leverett, Die Bedingungen f. d. natürl. u. künstl. Wachstum d. Gonokokkus 318.
*Delbanco, Ernst, Leo Leistikow † 153.
— 32, 340.
Diamare, Vincenzo, Molluscum contagiosum 286.
Dieden, Hermann, Klin. u. experim. Studien üb. die Innervation d. Schweißdrüsen 254.
Dietrich, A., Überraschende Todesfälle b. Nephritis 171.
Dosmar, Die Vakzinebhdlg.* d. blennorrhoischen Arthritis 235.
Dotzel, Edward, Albuminurie nach Bestrahlung m. künstlicher Höhensonne 186.
Doutrelepont, Joseph 360, 404.
Dubinsky (Bern), Über Lipomata scroti 155.

Digitized by Google

Dufaux, L., Das neue Injektionsmittel z. Blennorrhoebehandlung, Choleval, in fester, haltbarer (Pulver- u. Tabletten-) Form 239.
Duncker, Fr., Die kombinierte Bhdl. d. Blennorrhoe m. Heißbädern u. verdünnter Dakinlösung 252.
v. Dziembowski, Das Wesen u. die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie 187.

Eberstedt, Über Wundbhdlg. m. Laneps, 373.
Egyedi, Eine Kombination v. syphilit. Primäraffekt d. Vulva m. isolierter Vulvitis diphtherica 190.
Ehrmann, Salomon 224, 344.
Eichhorst (Zürich), Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung 157 (Bis).
Eicke, Zum Eiweißnachweis im Urin 187.
*— Wassermannsche Reaktion im Serum des Primäraffektes 409.
*Eitel, Wilhelm, Die Bhdlg. d. Syphilis m. Novasurol 164.
Elder s. Ballenger.
Ellinger u. Riesser, Zur Kenntnis des im Harn nach Trionalvergiftung auftretenden Porphyrins 187.
Emmerich, Die diagnost. Verwertbarkeit der Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann bei chron. Blennorrhoe 205.
Emsheimer, H. W., Die intramuskul. Injektion v. Blut b. d. Bhdlg. d. Purpura haemorrhagica 434.
Engwer, Üb. akute urethritische Prozesse bakterieller (nicht blennorrhoischer) Natur nach abgelaufenem Tripper oder bei chron. Blennorrhoe u. den Streptobacillus urethrae Pfeiffer in ätiolog. Beziehg. zu ihnen 206.
— Üb. die Bhdlg. d. Kinderblennorrhoe mittels der „Fiebertherapie" (Weiss) 220.
— Salvarsanausscheidung im Urin als Wertmesser konzentrierter Injektionen u. großer Infusionen 391.
Eppinger, Hans u. Steiner, Georg, Zur Ödemfrage 423.
Esser, J. F. S., Penisplastik b. e. Kriegsverletzten 95.

*Fabry, J., Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica 321.
*— J. Doutrelepont † 404.
Faddei, Domenico, Üb. eine Blasen-Foramen-obturatorium-Haut-Fistel, entstanden dch. Fremdkörper in der Blase 108.
Falta, W. u. Quittner, W., Üb. den Chemismus verschiedener Ödemformen 424.
Fein, Johann, Zur Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten 355.
Finger, Ernest, Geschlechts- u. Hautkrankheiten im Kriege 355.
— Die Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten im Hinterlande 355.
— 240.
Fischer, Ilse s. Noorden.
*Fischer, W., Sycosis parasitaria, dch. e. neues Mikrosporon v. Tiertyp (M. xanthodes) 241.
— 339.
Flechtenmacher, Carl, Btrg. z. Kriegschirurgie d. Blase 123.
Fönss, Aage L., Die Fokalreaktion n. d. Tuberkulininjektion beim Lupus vulgaris 123.
Franke, Margan, Ödemkrankheit, eine analbuminurische Nephropathie 424.
Freund, Leopold, Zur Strahlenbehdlg. der Vulvaaffektionen 191.
Frey, Über Modenol 420.
Frieboes, W., Haarpinselbildung auf der sonst vollkommen haarlosen Kopfhaut eines kongenit.-syphilit. Kindes 123.
— Erfahrgn. b. Cholevalbbdlg. d. Blennorrhoe b. Männern u. Weibern 239.
Friedberger, E. u. Heyn, A., Die Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann als Diagnostikum bei Blennorrhoe 205.
Fuchs, A. u. Gross, S., Incontinentia vesicae u. Enuresis nocturna b. Soldaten 63.

Gabbi, Umberto, Purpura rheumatica scorbutiformis 435.
Gad-Andersen, K. L., Eine Schnellmethode zur quantitativen Eiweißbestimmung im Urin 187.
*Galewsky, Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie 79.
*— Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie 145.
— Cignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin, und Laneps, eine neue Salbengrundlage 405.
— 339, 340.
Gans, Harnröhrensekret- u. Flockenuntersuchung im Anschluß an intravenöse Arthigoninjektion zur Feststellung d. Blennorrhoeheilung 204.
— Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der damit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden? 203.
Gappisch, Anton 96.
Gaucher, Eine Familie von Hereditär-Syphilitischen: fünf Appendizitiden unter acht Kindern 139.
— Bericht üb. Maßnahmen gg. die Verbreitg. d. Syphilis 139.

Digitized by Google

Gaucher, Die fissurierte oder rissige Zunge, ihr syphilit. oder hereditär-syphilit. Ursprung 140.
— Bericht d. militär. Sanitätskommission über Maßnahmen gg. die Verbreitung der Syphilis 143.
— Die Gefahren d. grauen Öls 407.
— Bizard, L. u. Bralez, J., Akquirierte Syphilis b. e. 8jähr. Mädchen (von seiten der Mutter) 142.
— u. Bralez, J., Harter Schanker des Zahnfleisches 142.
— 240.
Géber, Hans, Üb. die Bhdlg. d. Vulvovaginitis blennorrhoica b. Kindern m. Tierkohle (Merck) 220.
Geiges, Fritz, Schußverletzungen d. Harnblase 123.
Gelinsky, Ernst, Die Schädlichkeit d. essigsauren Tonerde u. die Wirkung anderer Verbandwässer, bes. d. Bleiwassers, b. d. feuchten Wundbehandlung 373.
Gellmuyden, H. Chr., Üb. den qualitativen Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn 189.
Gennari, Angelo s. Copelli.
Geraghty, J. T., Bhdlg. der Blasen-Tumoren 127.
Gerbay, F. u. Charon, J., Zerebrospinalmeningitis u. syphil. Meningitis b. einer Hereditärsyphilitischen m. Sekundärerscheinungen 144.
— s. Lévy-Bing.
Gerber, O. P., Zur Pathogenese d. paroxysmalen Kältehämoglobinurie 188.
Glück, A., Epithelzelle u. Gonokokkus 204.
Gocht, Händewaschen (Händedesinfektion) ohne Seife 360.
Götze (Kiel), Die Bewertg. d. Gonargintherapie und -diagnostik 253.
Goldberg, B., Schwierigkeiten b. d. Durchführung starrer Instrumente dch. die Harnröhre d. Mannes 106.
Goldman, Rudolf, Pigmentveränderg. d. Haut u. Haare b. Alopezie inf. v. Verletzungen d. Zentralnervensystems 122.
Goldscheider, A., Üb. die Struktur d. spinalen Sensibilitätsbezirke d. Haut 255.
Golliner, Soor d. Vulva 190.
Gougerot, H., Organisation u. Tätigkeit einer militärischen Regionszentrale für Dermatologie u. Venereologie 141.
— Nervensyphilis b. e. Feldheere 143.
*v. Graffenried, Curt, Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis (Kaufmann-Wolf) 361.
Greenberg, Geza, Bhdlg. d. Blasen- u. Harnröhrenpapillome 127.
Gross, S. s. Fuchs.
Günther, Korallenartige Blasensteinbildungen b. e. jugendl. Individuum 108.
Guiteras, Ramon 144.
Gundelfinger s. Stutzin.
*Gutmann, C., Über Novasural 113.

Haedicke, Georg, Interne Antiblennorrhoika und Kavakain 238.
Hahn 344.
Hamburger, Richard, Zur Vakzinebhdlg. der Blennorrhoe d. Kinder 207.
Hammer, F., Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 355.
von Hansemann, D., Beeinflußt d. Krieg die Entstehg. od. das Wachstum von Geschwülsten 359.
— Bemerkg. üb. die Beziehg. d. Bastardierung z. Transplantation 359.
Hartmann, J. P., Üb. die Eingangsstelle u. die Ausbreitungsweise der Tbc. im weiblichen Genitalsystem 192.
Harzbecker, Moronal 420.
Hasebrock, K., Die Entwicklg. d. Melanismus d. Cymatophora or. F. ab. albingensis Warn n. d. mikroskop. Bilde 287.
Haslund, Otto, Üb. spontane partielle Strangulation d. Labia minora dch. Pubes verursacht 189.
Havas, Adolf 15.
*Hecht, Hugo, Untersuchgn. üb. Sitz der genitalen Geschwüre beim Manne 129.
— Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 355.
— Eine einfache Jodprobe 420.
*Heim, Gustav, Hautkrankheiten bei farbigen Rassen 257, 302.
Heinen, Wilh., Beitrag z. Therapie d. Jodnebenwirkung 419.
Hell, F., Reinduratio, Reinfektio, Superinfektio und schankriforme Papeln bei Lues 138.
Heller, Julius, Üb. die Provokation v. Gonokokken dch. intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvakzinen 204.
— Psoriasis d. Lippenschleimhaut 218.
— Pseudoleukämie 218.
— Spätikterus nach Salvarsan 218.
— Röntgenphotographien e. Unterschenkels b. kongenitaler Syphilis 218.
— 220.
Hellwig, Alexander, Zwei Fälle isolierter blennorrh. Erkrankg. paraurethraler Gänge 223.
Herrmann, Edmund u. Stein, Marianne, Üb. die Wirkg. eines Hormones des Corpus luteum auf männl. u. weibliche Keimdrüsen 32.
Herxheimer, K. u. Nathan, E., Über glyzerinfreie Schüttelmixturen: Cremor Zinci u. Lac Zinci 122.

Digitized by Google

Herz, Albert, Üb. hämorrhagische Diathese — Purpura symptomatica u. Skorbut — bei Typhus abdominalis, Paratyphus A u. Paratyphus B 435.
Hesse, Max, Elefantiasis d. Penis 123.
Heusner, Hans L., Therapeut. Bemerkgn. zur Heliotherapie 374.
— Granugenol Knoll in der Dermatologie 406.
— Bhdlg. d. Blennorrhoe u. ihrer Nebenerkrankungen m. Wärme 237.
Heyn, A. s. Friedberger.
Hildebrandt, Die Bedeutg. d. Urobilinurie f. d. Unterscheidg. der mit Ödemen einhergehenden Herz-, Leber- und Nierenerkrankungen, zugleich f. d. Prognose u. Therapie d. Herzkrankheiten 187.
Hirsch, Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung 221.
Hirschberg, O., Zur Wundbehandlung mit Dakinscher Lösung. Physiologische Antisepsis 373.
Hirschfeld, Magnus, Über Geschlechtsdrüsenausfall mit neuer Kasuistik 47.
Hirschstein, Zur Entstehung der Nierenerkrankungen im Felde 167.
Hoehne, Die Bhdlg. d. Trichomonaskolpitis 191.
Hoffmann, Frühbehandlung d. Syphilis 341.
— Fibromelanom 342.
— Boecksche Sarkoide 342.
— Tuberkuloseähnl. Gewebsveränderg. b. Syphilis, Lepra und Sporotrichose 359.
— 339.
R. v. Hofmann, Karl, Schußverletzungen der Harnröhre 96.
— Üb. eine eigenartige Form der Polyurie 174.
Hofmann, Willy, Nierentuberkulose u. Menstruation 190.
Holste, Arnold, Die Diurese 174.
Horn, Max, Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten 357.
Horniker, Eduard, Der Wert d. Augenspiegeluntersuchg. f. d. Begutachtung d. Kriegsnephritiden 168.
Hyman, A., Blennorrhoe u. ihre Komplikationen, Bhdlg. m. d. atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle u. Blaizot 222.

Ihle, Max 256.

*Jacob, Paul, Erfahrgn. mit der Granugenpaste 137.
Jacobssohn, Julius, Die bimanuelle Untersuchung der Vorsteherdrüse u. d. Samenblasen u. ihre Bedeutg. f. d. Bhdlg. der Blennorrhoe 205.
Jadassohn, Joseph, Epitheliome am Rumpfe 340.
— 256, 338, 339, 340, 341.
Janke (Königsberg), Röntgenbefunde bei Bettnässern. Weitere Btrge. zur Erblichkeit der Spina bifida 64.
Jespersen, Kai, Tages- u. Nachturin 174.
Jürgensen, E., Ein Fall v. akuter Kolipyelitis m. Nachweis d. Erregers im Blut 173.
Juliusberg, Fritz u. Stetter, Karl, Über nervöse Blasenstörungen bei Soldaten 110.

Kalb, Otto, Über suprasymphysäre Zystostomie 108.
Kall, Die Cholevalbhdlg. d. Blennorrhoe 252.
Karczag, L., Über das Perkaglyzerin 407.
Karmin, Walther, Btrg. zur Ätiologie der nichtblennorrhoischen Urethritiden 107.
Karo, Weitere Erfahrungen über Organotherapie b. Erkrankgn. der Sexualorgane, speziell bei Prostatismus 48.
Kaufmann-Wolff 219, 342.
Kaup, Ignaz 96.
Kayser, Curt, Btrge. z. Kenntnis der Kriegsnephritis 167.
Kaznelson, Paul, Verschwinden d. hämorrhagischen Diathese b. e. Falle von „essentieller" Thrombopenie (Frank) nach Milzexstirpation. Splenogene thrombolytische Purpura 434.
Key, Einer, Üb. die Bhdlg. der Blasenpapillome m. hochfrequenten elektr. Strömen 125.
Kidd, Frank S., Die Krankheiten d. Harnröhre d. Mannes 96.
Kielleuthner (München), Über Schußverletzungen der Harnblase im Kriege 112.
Kirsch, A., Ein Btrg. z. Klinik d. Urobilinurie 188.
Klause, Karl, Üb. Vakzinebhdlg b. Blennorrhoe 238.
Kleine, Alfred, Üb. einen halbseitigen systematisierten Naevus follicularis keratosus 139.
Kleinknecht, A., Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis b. Menschen 46.
Klinger, Z. Bhdlg. d. Purpura u. Hämophilie 434.
Klingmüller, Üb. Bdlg. v. Entzündungen u. Eiterungen dch. Terpentineinspritzungen 374.
— 340.
Klose, F., Bakteriolog. u. serolog. Untersuchgn. m. d. Fränkelschen Gasbrandbazillus 287.
Knack, Üb. Hungerödeme 433.
Kneise, Otto 144.
Körbl, H. 96.
Körte, Kriegserfahrungen über Verletzungen d. Harnblase u. Harnröhre 111.

Digitized by Google

Koller, H., Die Silberiontophorese i. d. Therapie d. Blennorrhoe 238.
Krausz, J., Zur Milchbhdlg. d. Blennorrhoe 238.
Kreibich, C., Nervenzellen der Haut 138.
— Über das melanotische Pigment der Kutis 139.
— Lichen sclerosus 139.
*— Zu Blochs Dopareaktion 193.
Kren, Otto, Merarsol, ein Ersatzpräparat f. Enesol 420.
Krizenecky, Jaroslav, Einige Bemerkungen zu Begriff u. Definition des Hermaphroditismus 46.
Kromayer, Kriegsbehandlung d. Syphilido-Dermatologie, Fettersparnis 360.
Kronberger, Das Prinzip der Gramschen Färbung als Grundlage einer prognostisch allgem.-verwertbaren Urinprobe 186.
Küttner, Hermann, Weitere Btrge. zur Kenntnis der spontanen Genitalgangrän b. Kriegsteilnehmern 29.
— Die spontane, infektiöse Gangrän d. Penis u. Skrotums b. Kriegsteilnehmern 95.
Kujumdzreff, M., Btrg. z. Lehre v. der Blennorrhoea neonatorum 207.
Kuznitzky, E., Üb. die Bhdlg. der Frauenblennorrhoe mit Protargolsalbe 221.
Kyrle, J., Über spontane, infektiöse Gangrän d. Penis u. Skrotums b. Kriegsteilnehmern 95.
— 344.

Labor, Marcello, Die Zellen d. Blutes u. d. Harnes i. d. Kriegsnephritis 168.
— Zur Kasuistik d. harten Ödeme 433.
Lake, Geo B., Bhdlg. d. Blennorrhoe m. intramuskulären Succinimid-Quecksilberinjektionen 253.
Landsberger, O., Über Blasenlähmungen nach intralumbalen Optochininjektionen 107.
Lange, Üb. das Auftreten eigenartiger Ödemzustände 432.
Langemak, Zur Operation d. Phimose 154.
Laudecker, Alfons, Zur Bhdlg. blennorrhoischer Gelenkentzündung 235.
Ledermann, Melanose 219.
— Aleppobeule 340.
— Bromakne 342.
— 218, 219, 338.
Lefort, Albert, Blennorrhoische Infektion der Urethraldrüsen 224.
Legueu, Die Plastik der verletzten Urethra dch. Venentransplantation 106.
Leitner, Philipp, Btrg. z. Hämatologie u. Klinik des Skorbuts 435.
Lenartowicz, Jan T., Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz) 189.
Lesser, Edmund 208.
Lesser, F. 341.
Levin, Ernst, Enuresis nocturna b. e. Erwachsenen mit angeborenem Mangel der Vorsteherdrüse 63.
*— Krieg, Geschlechtskrankheiten u. Prostitution in ihren Wechselbeziehungen 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
Levin, Isaac, Primäres Vaginalkarzinom m. Radium u. Röntgenstrahlen behandelt 191.
Levy, Margarethe, Allgemeininfektion m. Staphylococcus albus als Ursache hämorrhagischer Diathesen 434.
Lévy-Bing u. Gerbay, Syphilitische Epilepsie 140.
— — Die Syphilis, insbes. deren nervöse Erscheinungen b. d. Arabern im Heere 142.
— — Raynaudsche Krankheit b. e. Syphilitiker m. Sekundärerscheinungen 143.
Lichtwitz, L., Über Marschhämoglobinurie 188.
*— Üb. die Bildung der Harn- u. Gallensteine 209.
*Lie, H. P., Einiges von der Übertragbarkeit der Lepra, insbes. ihrer makuloanästhet. Form 1.
Liebers, Üb. die Anwendg. d. Methylenblaus zum Zuckernachweis im Urin 189.
Linser (Tübingen), Zur Diagnose der hauptsächlichsten Formen von Nebenhodenentzündung 157.
*Lipp, Hans, Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum u. Harn 26.
— Üb. die Verwendg. v. Farbstiften zur Färbung mikroskopischer Präparate 287.
Lipschütz, B., Dermatologische Beobachtgn. wd. des Krieges 138.
*Loeb, Heinrich, Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gg. Sycosis parasitaria profunda u. weitere Erfahrgn. üb. Leukogen 377, 398.
Loewenthal, N., Bemerkgn. üb. d. Klappen der Fossa navicularis in der Harnröhre d. Mannes 96.
Lohnstein, Hugo 128.
Lomholt, Svend, Ein Fall von Akrodermatitis chron. atrophicans (Herxheimer) m. sekundären Infiltrationen u. Ulzerationsbildung 123.
— Die Geschlechtskrankheiten in Kopenhagen vor und nach 1906 343.
— Die Zirkulation des Quecksilbers im Organismus 408.
Lowsley, Oswald S., Die menschliche Prostata im mittleren Lebensalter 158.
Lydston, G. Frank, Geschlechtsdrüsenüberpflanzung 155.

Maase, C. u. Zondek, H., Üb. eigenartige Ödeme 432.
— — Das Kriegsödem 432.

Digitized by Google

Macedo, Morales, Ein Zystourethroskop f. Diagnose u. Therapie 94.
Machwitz, Hermann u. Rosenberg, Max, Kritisches Referat üb. die Methoden der funktionellen Nierenuntersuchung 169.
Macy, Marry Sutton, Hypophyse bei blennorrhoischer Arthritis 234.
Maier, Hans W., Zur Bhdlg. d. psychischen Impotenz 154.
Marañon, G., Geschlecht, Geschlechtsleben u. innere Sekretionen 32.
Marcuse, Max, Zur Organtherapie urosexueller u. dermosexueller Störungen 31.
— Zur Kenntnis des Climacterium virile, insbes. über urosexuelle Störungen u. Veränderg. d. Prostata bei ihm 158.
Mark, Ernest G. u. Carthy, Harvey E. M., Ein Fall von Varizen d. Harnröhre d. Mannes 107.
Martiri, Adolfo, Zur Verhütung d. Eintrocknens bakteriolog. Nährböden 319.
Massini, Rudolf, Über Gonokokkensepsis, blennorrhoisches Exanthem, blennorrhoische Phlebitis 234.
Matko, J., Hauterscheinungen n. Typhusschutzimpfungen 421.
May, Otto, Der Ärztestand u. die Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 342.
Mayer, Theodor, Z. Bhdlg. renitenter Blennorrhoeerkrankungen 236.
Meiner, Arthur 344.
Meirowsky u. Stiebel, Cignolin, ein Ersatzpräparat für Chrysarobin 405.
— „Mollphorus" als Glyzerinersatz 406.
Mendel, Perkaglyzerin u. Tego-Glykol, zwei Glyzerin-Ersatzmittel 407.
*Mense, C., Zur Zunahme der Hautpilzerkrankungen beim Menschen und Vieh 282.
Menser, Z. Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten 176.
Merian, Louis, Experim. Btrge. zur Buchweizenerkrankung (Fagopyrismus) d. Tiere 421.
*Merk, Ludwig, Syphilisbehandlung oder Menschenbehandlung? 413.
Meyer, Fritz M., Üb. die Bhdlg. d. Blennorrhoe d. Mannes m. Choleval 252.
— 340.
Meyer, Kurt, Üb. Argaldin, ein neues Silbereiweißpräparat 239.
Mills, H. Brooker, Pyelozystitis u. metastatische Abszesse als Folge von Tonsillitis 125.
Möller, Paul, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus 46, 47.
Montpellier, J., Fall von blennorrhoischer Keratose 140.
— Bemerkungen üb. den Bubo u. sein Vorherrschen a. d. linken Seite 142.
Moreau, Laurent, Abszesse u. Schorfe dch. Chinin 112.
Mori, A., Hypodermo-Dermitis autocontusiva d. Extremitäten 438.
Moritz 342.
Morris, Robert T., Kolonbazillus-Infektion der Blase 124.
Morton, Henry H., Einige Gedanken üb. Prostatektomie 158.
Much, Hans u. Baumbach, Karl, Skorbut 435.
Mucha, V., Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum 190.
Müller (Metz) 342.
Müller, Urtikarielles Ekzem 342.
Müller, Gerhard, Experimentelle Untersuchgn. üb. d. Nachweis d. Salvarsans in forensischen Fällen 376.
Müller, Rudolf, Üb. die Wirkg. v. Druck auf Immunkörper u. Immunreaktionen 360.
— Die Nachbarwirkg. d. Eigenserums u. deren therapeut. Verwendung 376.
*Muijs (Amsterdam), Endomyces albicans als Ursache einer Epidermomycosis albicans 65.
Mulzer, Paul 64.
Munk, Fritz, Die Bedeutung u. Bhdlg. der „Blasenleiden" im Kriege 109.
Muschter (Hamburg), Über die Verwendg. d. Ponndorfschen Tuberkulinbehandlung in der Dermatologie 122.

Naegeli, Th., Ein Fibrom der Prostata 159.
— Ein Fall von solitärer Nierenzyste 173.
de Napoli, Ferdinando, Hautkrankheiten u. Syphilis im Kriege, ihre militärische u. soziale Bedeutung 285, 286.
Nassau, Erich, Die Albuminurie d. Stehens 186.
Nathan, E. s. Herxheimer.
Neermann, Ein eigentümlicher Fall von Vaginismus 190.
Neisser, A., Zur Gonokokkendiagnostik dch. Kutireaktion 204.
— Ist es wirklich ganz unmöglich, die Prostitution gesundheitlich unschädlich zu machen? 320.
Neumann, F. s. Antic.
*Neumayer, Victor L., Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung 49, 71, 82.
— Scharlachrot u. Pellidol 420.
Nieboda, Theodor, Untersuchgn. üb. die Haarrichtung der Haussäugetiere 254.
Nixon, P. J., Nichtbakterielle Urethritis 107.
Nobl, G., Zur Morphologie lymphatischer Hautveränderungen 359.
— Noch einmal über den sog. Wasserschaden in der Salvarsanbehandlung 392.
Norman, J. H., Die zerebralen Begleiterscheinungen d. Raynaudschen Krankheit 421.

Digitized by Google

von Noorden, Carl, Erfahrungen über funktionelle Nierendiagnostik 168.
— u. Fischer, Ilse, Üb. eine Harnsäurereaktion im Speichel 189.

Obmann, Über vorzeitige Geschlechtsentwicklung 32.
Odstrčil, J., „Perkaglyzerin Winkel" als Glyzerinersatz in der Dermatologie 407.
*— Üb. die provokatorische Wirkung d. Joddämpfe als Kriterium der Gonorrhoeheilung u. ihre Verwertg. b. d. Demobilisierung 425.
Oelze, F. W., Üb. die physikalisch-chem. Grundlagen d. Therapie d. Blennorrhoe. 1. Die Wirkung kolloider Metalle auf Gonokokkenkulturen 236.
Oppenheim, M. u. Schlifka, Max, Üb. die Bhdl. d. Blennorrhoe m. Tierkohle 253.

Page, B. W., Die Ätiologie d. Pellagra 423.
Pagniez u. Vallery-Radot, Pasteur, Pathologische u. therapeut. Studie e. Falles von Riesenurtikaria 423.
Pakuscher, Über reaktionslose intravenöse Injektionen von Fulmargin b. d. Komplikationen d. Blennorrhoe 223.
Paschen, Über Paschensche Körperchen 287.
Paschkis, Rudolf 16.
Passow, Arnold, Wird die Lebensfähigkeit transplantierter Epithelkörper dch. die Anwendg. v. Lokalanästhesie b. d. Verpflanzung beeinträchtigt? 359.
*Pedersen, M. Brun, Syphilis 16 J. nach der Infektion auf den Fötus übertragen 81.
Pelouze, S., Zystoskopische rektovesikale Durchleuchtung 80.
Perrier, Eine neue Ursache d. Hämaturie: die Phosphaturie 188.
*Perutz, Alfred, Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica 102.
— Über Hydroa aestivale u. vacciniforme 139.
Peutz, T. L. A., Zur Frage d. Purpura erregenden Krankheitszustände 433.
Pezzoli, C., Statistisches üb. Haut- u. Geschlechtskrankheiten im Kriege u. im Frieden 356.
Pflanz (Neukölln). Ein Fall von Sepsis nach Blennorrhoe (Gonokokkensepsis) 234.
*Philip, Caesar, Zur Bekämpfung der Bartflechten 283.
Philipewicz, J., Zur Erhaltung d. Hodens bei Ektopie 156.
Pick, Histol. u. histolog.-bakteriol. Befunde b. petechialem Exanthem d. epidemischen Genickstarre 434.
Picker, R., Ohne Antiseptikum behandelte u. geheilte Blennorrhoefälle b. Manne 206.
Pisko, Edward, Quarzlicht b. Hautkrankheiten, erfolgreiche Erfahrungen damit 375.
v. Planner, Richard, Zur Vakzinebhdlg. akuter Blennorrhoen 237.
Polland, R., Zur Klinik b. Pseudoleukämie u. bei Mykosis fungoides 122.
— Bhdlg. v. Hautleiden m. d. künstlichen Höhensonne 375.
— Eigentüml. Folgen einer intramuskul. Salvarsaninjektion 392.
— Das Teerpräparat „Cadogel" 392.
Pontoppidan, R., Über das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen, insbes. Blutveränderungen, bei Lichen ruber planus 122.
— Intravenöse Injektionen von konzentrierten Salvarsanlösungen 392.
Porter, L., Renaler Infantilismus 173.
Posner, C., Geschlechtliche Potenz u. innere Sekretion 154.
— Perkaglyzerin i. d. Urologie 48.
— Die Oberflächenspannung d. Harns u. ihre klinische Bedeutung 175.
Possek, R., Zur Abortivbhdlg. d. Ophthalmoblennorrhoe. Bemerkg. z. Demonstrationsvortrag v. R. Müller am 1./12. 1916, 223.
Praetorius, G., Über chronische Zystitis 124.
— Neue Methoden z. Bhdlg. d. Blasenpapillome 125.
— Notiz, betr. Beziehungen zw. Prostata-Hypertrophie u. Hoden 158.
Preminger, Wilhelm, Nierenerkrankungen bei Kriegsteilnehmern 159.
Pulvermacher, Gewerbliche Hautschädigungen 220.
— 218, 338, 342.

Quincke, H., Über Rheumatismus 224.
Quittner, M. s. Falta.

Rapp, Laneps, eine neue Salbengrundlage 372.
*Ravitch, M. L., Die Herdinfektion in ihrem Zusammenhang m. gewissen Hautkrankheiten 58.
Ravogli, A., Üb. die Antiseptika b. d. Bhdlg. von Infektionen des Urogenitalsystems 32.
Reiter, Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang n. Friedensschluß eingeschränkt werden? 192.
*Richter, Kalihypermanganbhdlg. der Bartflechte 105.
*— Zur Bhdlg. d. Bartflechte 413.
Riehl 338.
Riesser s. Ellinger.
*Rille, J. H., Adolf Havas † 15.

Digitized by Google

Ringleb, Otto 224.
Rivalta, Raffaele, Ein Fall von Dermatitis factitia, Dermatitis ekzematiformis u. Psoriasis 286.
Robinson, William J., Bhdlg. d. chronischen Prostatitis i. d. allgem. Praxis 158.
Rosenbach, Tuberkulose d. Urethra u. der Blase b. d. Frau. Exstirpation d. Blase 190.
Rosenberg, Max, Über stickstoffhaltige Retentionsstoffe im Blut und in anderen Körperflüssigkeiten b. Nephritikern 172.
— Über Hyperkreatinämie d. Nephritiker u. ihre prognost. Bedeutung 172.
— s. Machwitz.
Rosenfeld, Georg, Über Colica nephritica 172.
Rosenstadt, B., Zellstudien. I. Bau der Epidermiszelle 254.
Rosenthal 338, 339, 341.
Roth, Joh., Bemerkgn. z. Bhdlg. d. chron. Blennorrhoe b. Manne 221.
Roth, Max, Fremdkörper in der Harnröhre u. Blase 108.
Rothe (Luckenwalde), Meine Erfahrungen mit Granugenol u. Pellidol 406.
Rothschild, Alfred, Harnröhrenwunden und Verweilkatheter 106.
Rovsing, Th., Eine neue Methode z. Heilung der Ectopia vesicae 109.
Ruete, H. E., Btrg. z. Bhdlg. d. Syphilis dch. die kombinierte Neosalvarsan-Hg salicyl.-Kur 123.
Russ, Charles, Heilung chronischer Blennorrhoe dch. Elektrolyse 222.
Russ, K. V., Die Toxine u. Antitoxine d. pyogenen Staphylokokken 288.
Rychlik, Emanuel, Trophische Störungen nach Schädelschüssen 359.

Saake, Medikamentöse Rotfärbung alkalischen Urins 186.
Saalfeld, Urticaria perstans papulosa 219.
— Hämangioendotheliom 342.
— 338, 340.
Sabouraud, R., Die brotfreie Bhdlg. in der Dermatologie 80.
Sachs, Theodor, Lotional, eine fettlose Salbe 372.
Sadger, J., Ketzergedanken über Homosexualität 48.
Sakaguchi, J., Üb. das Adenomyom d. Nebenhodens 157.
— Üb. die weiße Fleckniere (Nephritis fibroplastica maculosa et diffusa Kitt) der Kälber u. ihre Beziehung zur exsudativen lymphozytär-plasmazellulären interstitiellen akuten Nephritis d. Menschen 171.
Salkowski, E., Üb. die Bedeutg. d. Basen-Säureverhältnisses im Harn u. die Ermittlung desselben 175.
*Salomon, Oskar, Ein Btrg. z. Darierschen Erkrankung 177.
Sambon, Louis, Die Pellagra 422.
*Samson, Siegfried, Üb. die Blasenschwäche d. Frauen 213.
Saphier, Joh., Urethritis acuta typhosa 107.
Sarason, L., Mangandioxyd-Hydrosol b. äußerer Anwendung 420.
v. Sarbó, Arthur, Üb. die Wirkungsart der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna 64.
Sattler, Moritz, Zur Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten im Heere 356.
Saudek, Ignaz, Über Granugenol (granulierendes Wundöl Knoll) 139.
*— Üb. d. Bhdlg. der gonorrh. Nebenhodenentzündung m. subskrotalen Injektionen 384.
Saul, E., Untersuchgn. zur Ätiologie u. Biologie d. Tumoren 358.
Schaefer, Friedrich, Vergleichende Versuche m. verschiedenen Zinksalzen b. Blennorrhoe 253.
Schahl, Alfred, Ein Btrg. z. Kenntnis d. sog. Fettsteine d. Harnwege 174.
Schaumann, Jörgen, Bakteriolog. Studien üb. den Lupus pernio u. die Hautsarkoide 288.
Schiff, A., Zur Pathologie d. Ödemkrankheit 424.
— Üb. das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit 433.
Schindler, Carl, Choleval u. Argaldon b. d. akuten Blennorrhoe 240.
— Berichtigung 344.
Schlagenhaufer, Friedrich, Üb. eigentümliche Staphylomykosen d. Nieren u. d. pararenalen Bindegewebes 173.
Schlenzka, Erfahrungen m. d. Wundöl Granugenol (Knoll) 406.
Schlifka, Max s. Oppenheim.
Schmeyer, J., Schädigung d. peripheren Nerven dch. Erfrierung 440.
Schmincke, Alexander, Histolog. Befund in den Roseolen d. Haut b. Wolhynischem Fieber 423.
Schneider, C., Anästhesierung der Blase m. Eukupin 108.
Schneider, Erich, Skorbut im Felde 435.
Schöller, Walter s. Schrauth.
Schönbauer, Leopold, Über Genitalverletzungen 16.
Schöppler, Toxisches Exanthem im Verlauf von Typhus abdominalis 421.
Scholtz, Moses, Die therapeut. Quellen d. modernen Dermatologie 360.
Scholtz, W., Üb. die Fieberbhdlg. d. Blennorrhoe n. O. Weiss 236.
— 338, 339, 341.
*Schrader, W., Zur Bhdlg. d. Blasenschwäche u. der Enuresis nocturna 230.

Digitized by Google

Schrauth, Walther u. Schöller, Walter, Üb. die Desinfektionskraft komplexer organ. Quecksilberverbindungen. III. Mitteilung. Merkurierte Phenole 407.
Schreiber, Josef, Üb. den Einfluß der Kastration a. d. Larynx d. großen Haussäugetiere 155.
Schrumpf, P., Zur Diagnostik d. entzündl. u. der generativen Erkrankungen der Nieren (Nomenklatur Volhardt-Fahr) 169.
Schürmann, W., Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum b. Blennorrhoe, insbes. bei chron. Blennorrhoe 205 (Bis).
Schütz, Julius, Organisatorische u. klinische Erfahrungen in der Sammelstelle f. Nierenkranke einer k. u. k. Armee im Felde 159.
Schütze, J., Idiosynkrasie d. Haut gg. Röntgenstrahlen 374.
v. Schuhmacher, S., Eine „Pigmentdrüse" in der Nasenhaut d. Hasen 254.
Schulzen 342.
*Schumacher, Josef, Üb. den Nachweis des Bakterienkerns 17, 38.
— Eine einfache Jodprobe 419.
Schur, Heinrich, Hautaffektionen als erstes Symptom von Mediastinaltumoren 358.
Scipal, Norbert, Atrophia cutis maculosa unter d. Bilde einer Dermographia selecta persistens 122.
Seitz s. Beitzke.
Siegel, Wann ist der Beischlaf befruchtend? 154.
Simon, A., Der überzählige Ureter 174.
Simon, Clément, Ein Apparat z. allmählichen Erweiterung entzündlicher Phimosen 142.
— s. Butte.
da Simonelli, F., Btrg. z. Verteilg. d. Nerven i. d. menschl. Haut 255.
Skutezky, K., Üb. den Enesolersatz Arsenohyrgol 392.
Sladek, Josef, Die Nephritis b. Kriegsteilnehmern 159.
Socin, Christoph, Zur Genese der Gonokokken-Sepsis 233.
Soulier, Charles, Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten 141.
Sowade 360.
Spiegel (Berlin), Zur Frage der Wundbehandlung, insbes. der Überhäutung großen Wundflächen 372.
Spiethoff, Bodo, Eigenserum u. Aderlaß — Lehre u. Anwendung 390.
Sprinz, Nävogener Tumor d. Kapillitimus 342.
— Perifolliculitis abscedens et suffodiens 342.
— Polydaktilie m. Syndaktilie 342.
— Makrodaktylie 342.
*— Üb. Exanthema folliculare acneiforme 347.
Stancanelli, Pietro, Ein Fall von Orientbeule 286.
Stehr, A., Das Quinckesche Ödem im Bereich der vegetativen Neurosen 433.
Stein, Marianne s. Herrmann.
Steiner, Georg s. Eppinger.
Steinschneider, Ignaz 16.
Stephan, Alfred, Über Perkaglyzerinsalben 407.
Sternberg, Aladar s. Szily.
Stetter, Karl s. Juliusberg.
Stiebel s. Meirowsky.
Strauss, Zur genaueren Unterscheidung der renalen Albuminurien nebst Bemerkungen über „Kriegsnephritiden" 186.
Strauss, H., Über Luminal-Exantheme 422.
Strickler, Albert, Die Beziehg. der Diät zu Hautkrankheiten 357.
— Anaphylakt. Nahrungsmittel-Reaktionen b. Hautkrankheiten, m. spez. Berücksichtgg. auf Ekzem 357.
Stümpke, Gustav, Beobachtgn. über Rektalblennorrhoe bei Kindern 233.
— Über filtrierte Röntgenbhdlg. in der Oberflächentherapie 374.
Stutzin u. Gundelfinger, Kriegsverletzungen des Urogenitalsystems 16.
Swinburne, George Knowles, Fulguration b. blennorrhoischer Follikulitis 233.
v. Szily, Paul u. Sternberg, Aladar, Abortive Bakteriotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen 223.

Technau (Breslau) s. Coenen.
Tedesco, Fritz, Einfluß reiner Zuckerdiät auf Ödeme b. chron. Nephritis 433.
Thaller E. v. Draga, Ludwig, Zur diagnost. Verwertbarkeit d. mikroskop. Hautkapillaren-Untersuchungen am lebenden Menschen 255.
— Die Bewegungen d. Hautkapillaren 255.
Timerding, H. E., Die Aufgaben der Sexualpädagogik 319.
Trebing, Spuman, ein Fortschritt in der tägl. Utero-Vaginaltherapie 191.
Tröscher: Arhovin bei Blennorrhoe 238.

Ullmann, B., Über die in diesem Kriege beobachtete neue Form akuter Nephritis 160.
Ullmann, Karl, Über Enuresis militarium 63.
— Rückblick u. Ausblick a. d. moderne sexualhygien. Bewegung 319.
Ulrichs u. Wagner, Erfahrgn. m. der Siemens-Aureollampe 375.
Umber, Richtlinien i. d. Klinik der Nierenkrankheiten 170.
*Unna jr., P., Zur Trichophytiefrage 335.

Vallery-Radot, Pasteur s. Pagniez.
Veiel 339, 360.

Digitized by Google

Veil, H. W., Üb. das Wesen d. Polyurie b. Abflußerschwerung des Harns dch. Kompression im Bereich d. abführenden Harnwege 174.
Venema, T. A., Üb. die Wirkg. v. Spermainjektionen 420.
*v. Veress, Franz, Über Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege 97.
— 192.
Vochetzer, Paul, Untersuchgn. üb. einen pockenähnlichen Ausschlag b. Ferkeln. Ein Btrg. z. Symptomatologie d. Schweineseuche u. Schweinepest 144.
Vogel (Breslau), Krieg, Ehe u. Geschlechtskrankheiten 240.
Vogt, Christian u. Burkhardt, Jean Louis, Üb. die Aufnahme von Metallen, spez. Blei, Zink und Kupfer, durch die Haut 360.
Volhard, F., Üb. den Morbus Brighti 171.
Volk, Richard 192.
Vollmer, Tod durch Sublimatintoxikation v. d. Scheide aus 407.

Wadin, Manack A., Ein Salvarsantodesfall 391.
Wagner s. Ulrichs.
Wagon, Die Autoserotherapie d. blennorrhoischen Epididymitis 233.
Wajeth, George A., Blennorrhoea ein heilbares Leiden 206.
Walther, H. W. E., Bhdlg. d. akuten Epididymitis m. Punktion 157.
Warden, Carl C., Vakzinebhdlg. d. Blennorrhoe 238.
Wassermann, Biologische Stadien d. Lues u. deren Beziehgn. z. Wassermannschen Reaktion 340.
Wechselmann, W., Üb. die Pathogenese der Salvarsantodesfälle der Schwangeren 391.
— 342.
Weigel, N., Z. Ätiologie d. Kriegsnephritis 167.
Weiss, Arthur, Über intravenöse Vakzinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen 223.
— Nachträgliche Bemerkg. dazu 223.
— Üb. eine kombinierte Proteinkörper-Vakzinetherapie b. blennorrhoischen Komplikationen 238.
Weiss, Eugen, Üb. d. Beobachtg. d. Hautkapillaren u. ihre klin. Bedeutung 255.
Weitz, Zur Hypospadiebehandlung 94.
*Wichmann, P., Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luetischer Basis 33.
Wiesner, Karl, Üb. das Lymphangiom d. Samenstrangs, des Ligamentum rotundum und der Leistenbeuge 156.
Wilms, Blennorrhoische Gelenkentzündung 234.
— Operative Bhdlg. d. schweren Fälle von blennorrhoischer Gelenkentzündung 234.
Winderl (Berlin), Meine Erfahrgn. m. Styptol b. Erektionen 253.
Winternitz, Rudolf 160.
Wintz, H., Die selbsthärtende Siederöhre, das Tiefentherapierohr 375.
*Wise, Fred, Prognose und moderne Bhdlg. der kongenit. Syphilis 289.
Wolff (Metz), Ambulante Bhdlg. d. akuten Epididymitis mittels Stütz- u. Stau-Heftpflasterringes 139.
— Primäre spastische Spinalparalyse a. d. Basis von Syphilis heredit. tarda 139.
Wolff, Siegfried, Btrg. z. Therapie d. hämorrhagischen Nephritis 171.
Wossidlo, Hans 176.

Yarbrough, Pellagra. Ihre Ätiologie u. ihre Behandlung 422.
Yawgen, N. S., Erfrierung d. Hand, Raynauds Krankheit vortäuschend 440.
Ylppö, Üb. die Fieberbhdlg. d. Vulvovaginitis blennorrhoica b. kleinen Mädchen 221.
Young, Hugh Hampton, Die Beziehg. chron. Infektionen des Urogenital-Apparates zu unklaren inneren Störungen 30.

Zachariae, P., Üb. akute diffuse Peritonitis b. d. blennorrh. Salpingo-Oophoritis 233.
Zacharias, Die vaginale Trockenbhdlg. m. Levurinose 191.
Zacherl, Hans, Zur Differentialdiagnose der Gasbranderreger 288.
Zak, Emil, Beobachtgn. an Hemeralopie- und Skorbutkranken 437.
v. Zeissl, M., Bericht der ersten Abteilung f. Haut- und Geschlechtskranke des Kaiser-Franz-Josef-Ambulatoriums und Jubiläumshospitales in Wien 16.
— Zur Bhdlg. d. Trippers u. d. Syphilis 176.
— 320.
Zigler, M., Anaphylaxie gegen Quecksilber 418.
Zlocisti, Theodor, Die kriegschirurg. Bedeutg. des Skorbuts 436.
— Die ulzero-gangränösen Stomatitisformen des Skorbuts 437.
Zondek s. Maase.
Zuckerkandl, O., Üb. Erfrierungen im Felde 439.
*Zurhelle, Emil, Über Granuloma pediculatum luposum 345.
Zweig, Die Lazarettbhdlg. d. Geschlechtskrankheiten 175.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.66
stack no.50

Dermatologische Wochenschrift.

3 1951 002 741 481 D

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D17S12TJW

Digitized by Google